INSERTION VICIEUSE

DU PLACENTA

ET

TAMPONNEMENT VAGINAL

INSERTION VICIEUSE

DU

PLACENTA

ET

TAMPONNEMENT VAGINAL

PAR

Le Docteur Édouard BOURDIER

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS
MONITEUR A LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT ET DE GYNÉCOLOGIE
DE LA FACULTÉ



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1895

INTRODUCTION

Les hémorrhagies liées à l'insertion vicieuse du placenta sont sans contredit le plus redoutable des dangers courus par les femmes du fait de leur grossesse, depuis que l'antisepsie les met à l'abri des accidents infectieux qui les décimaient autrefois.

Si l'on songe que, d'après les statistiques de la première moitié de ce siècle, le tiers des parturientes chez qui se présentait cette anomalie et les deux tiers des enfants succombaient, on conviendra que Simpson n'exagérait rien en la comparant aux épidémies les plus meurtrières, et que Nœgelé avait raison de la « compter parmi les erreurs les plus funestes de la nature ».

En face du péril si grand qui menace deux existences à la fois, les légitimes inquiétudes des accoucheurs ont toujours été éveillées sur cette complication, ainsi qu'en témoigne le grand nombre de travaux qu'ils lui ont consacrés, et nous sommes justifié, à notre tour, d'avoir, après quelques autres, choisi ce sujet pour notre thèse inaugurale.

Nous avons été amené à étudier cette question à propos de quelques-uns de ces cas graves, qu'il nous a été donné d'observer pendant nos fonctions de moniteur à la clinique d'accouchements, en présence desquels nous nous demandions à nous-même quelle serait demain, alors que nous

n'aurons plus pour nous guider les conseils et l'expérience des personnes sous l'œil desquelles nous étions appelé à donner nos soins à ces femmes, notre règle de conduite, pour ne pas nous laisser prendre au dépourvu et nous exposer, suivant l'expression de M. Bailly, « à empoisonner volontairement notre vie des plus amers regrets ».

Notre intention n'est pas d'entreprendre un exposé complet de la question, de décrire en détail les diverses méthodes de traitement employées et de comparer entre eux les résultats qu'elles fournissent. Aborder un pareil sujet avec la compétence qu'il exige et les développements qu'il comporte est trop au-dessus de nos moyens. Il a d'ailleurs été magistralement traité par M. Auvard dans sa thèse d'agrégation en 1886.

Nous désirons limiter notre travail à l'étude d'un procédé, le tamponnement vaginal qui, né dans notre pays et, l'on peut dire, resté français puisqu'il ne jouit jamais à l'étranger d'une grande faveur, a sauvé la vie à bien des femmes, et après avoir fait ses preuves pendant un siècle et demi d'existence, est encore, malgré tous les méfaits immérités dont on l'accuse, un des plus précieux moyens de traitement à opposer aux terribles hémorrhagies qui vont nous occuper.

Dans la première partie de notre travail, nous présenterons un rapide aperçu historique, clinique et thérapeutique sur le placenta prævia.

La seconde sera consacrée spécialement à l'étude du tampon dont nous décrirons la préparation et la technique, puis le mode d'action, examinerons les avantages qu'il pré-

sente et discuterons les inconvénients qu'on lui reproche. Enfin, nous essaierons d'exposer les *Indications* pendant la grossesse et l'accouchement ; et, après une comparaison rapide entre ses résultats et ceux donnés par les autres méthodes au point de vue de la mortalité maternelle et fœtale, nous résumerons nos idées à ce sujet dans la conduite à tenir en présence des hémorrhagies par insertion vicieuse du placenta. On trouvera à la fin de ce travail les observations sur lesquelles nous nous sommes appuyé pour édifier notre thèse.

Nous ne nous dissimulons pas les difficultés de notre tâche. Nous aurions voulu, pour traiter le sujet comme il le mérite, avoir pu acquérir une plus longue éducation clinique et consacrer plus de temps à son étude. Mais, et qu'il nous soit permis d'en exprimer ici le regret à nos maîtres, des leçons desquels nous aurions voulu profiter encore comme élève des hôpitaux, les exigences de la loi militaire, en nous contraignant à terminer maintenant nos études, nous en ont enlevé les moyens.

Avant de nous mettre à l'œuvre, nous avons une tâche agréable à remplir : nous exprimons notre reconnaissance à tous ceux dont nous avons suivi l'enseignement dans les hôpitaux ou à la Faculté.

Que notre vénéré maître, M. le professeur Tarnier, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse, reçoive le respectueux hommage de notre reconnaissance pour la bienveillance et la bonté qu'il nous a toujours témoignées, et pour l'enseignement magistral dont il fait, avec sa longue expérience, si largement profiter les élèves qui vont apprendre auprès de lui

les sages notions de la science et de la clinique obstétricales.

Nous prions M. le Dr Démelin, notre chef de clinique, de vouloir bien agréer l'expression de notre profonde gratitude pour les bons conseils qu'il ne cesse de nous prodiguer, et nos sincères remerciements pour l'obligeance qu'il a mise à nous communiquer des documents concernant notre thèse.

Nous avons une dette de reconnaissance à acquitter envers la mémoire de M. le professeur Peter, notre premier et regretté maître, dans l'enseignement duquel nous avons puisé les principes de la clinique médicale.

Que M. le professeur agrégé Marfan, médecin des hôpitaux, nous permette de lui témoigner ici toute notre gratitude pour l'intérêt qu'il nous a porté et le brillant enseignement dont il nous a fait profiter alors que nous étions son externe à l'hôpital des Enfants-Malades.

Nous adressons nos plus respectueux hommages et nos meilleurs remerciements à Mlle Hanicot, sage-femme en chef de la clinique, pour l'amabilité dont elle nous honore et à Mme Henry, sage-femme en chef de la Maternité, qui a bien voulu nous permettre d'user de ses statistiques et de publier ses observations.

PREMIÈRE PARTIE

APERÇU HISTORIQUE, CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE.

CHAPITRE PREMIER

Définition. — On sait que le placenta peut s'insérer en un point quelconque de la cavité utérine. Quand peut-on dire qu'il est inséré vicieusement ?

A ce sujet, Barnes a divisé en 3 zones l'utérus par 2 plans perpendiculaires à son axe, et le coupant suivant deux cercles appelés par lui cercles polaires, l'un supérieur, l'autre inférieur. Il y a donc une zone du fond, ou supérieur, une zone du milieu ou zone moyenne, et une zone inférieure ou cervicale comprenant la portion située au-dessous du cercle polaire inférieur. Où donc passe ce cercle polaire.

L'auteur anglais a observé que, dans les cas d'insertion vicieuse, avec présentation de l'extrémité céphalique, l'hémorrhagie s'arrête parfois lorsque le segment inférieur et le col se sont ouverts assez pour donner passage à la tête fœtale. La mesure de celle-ci donne donc d'après lui, exactement celle de la surface utérine sur laquelle le placenta

ne peut être fixé sans être décollé par le passage de cette tête pendant le travail. Or la distance qui sépare un point quelconque de la grande circonférence céphalique du point le plus déclivé du sommet, mesure de 7 à 8 centimètres.

Il fait donc passer son cercle polaire inférieur à une distance de 7 ou 8 centimètres (exactement 7, 6) au-dessus de l'orifice interne du col et donne à juste titre le nom de *zone dangereuse* à la portion comprise entre le col et ce cercle.

Il y aura par conséquent insertion vicieuse chaque fois que le placenta empiètera plus ou moins sur cette zone.

Fréquence. — Dans une thèse récente, M. Maggiar donne une statistique recueillie à la clinique Baudelocque, basée d'ailleurs sur le seul diagnostic rétrospectif fait d'après la mensuration de la partie des membres qui s'étend entre l'orifice de rupture et le bord placentaire. Sur 100 accouchements il y aurait 58 fois insertion vicieuse. Si l'on tient compte seulement des cas où le diagnostic repose sur les seules données de la clinique, c'est-à-dire la présence constatée avant la délivrance, de l'arrière-faix sur le segment inférieur, toutes causes d'erreur étant ainsi écartées et toute exagération évitée, nous voyons que cette anomalie est, en somme, relativement rare. Encore les statistiques faites dans les services d'accouchements des hôpitaux fournissent-elles, pour tous les cas de dystocie, une proportion qui est certainement supérieure à celle que donnerait une statistique générale. Mais donnons toutefois quelques chiffres.

Madame Lachapelle, à la Maternité, n'en rencontra que 46 cas sur 43,500 accouchements. A la même Maternité de Paris, de 1855 à 1885, sur 46,900 accouchements, il y en

eut 145, soit 1/323; à la Clinique d'accouchements, pendant une même période, sur 23,500 accouchements, 110 cas, soit 1/213 (Thèse d'agrégation de M. Auvard, 1886).

Depaul, sur 17,230 accouchements de 1852 à 1874, eut 71 cas, soit 1/242.

Sur un total de 40,900 accouchements recueillis pendant ces dernières années par M. Démelin à la clinique de la rue d'Assas, aux maternités de la Pitié, de la Charité et de Lariboisière, il compta 305 cas d'insertion vicieuse. soit 1/134.

Depuis le 1er novembre 1888 jusqu'au 15 février 1895, sur un total de près de 7,000 accouchements, nous avons trouvé 50 fois notée l'insertion vicieuse, soit 1/140.

Il ressort, de plus, de toutes les statistiques, que les multipares y sont plus exposées que les primipares. Depaul trouve 16,6 0/0 de primipares, c'est-à-dire une primipare et 5 multipares sur 6 femmes.

Mais, pour attribuer à ce chiffre sa valeur réelle au point de vue de la fréquence relative de l'insertion vicieuse chez les unes et les autres, il faudrait aussi connaître la proportion exacte qui existe entre elles d'une façon générale.

Au point de vue de l'âge où se rencontre le plus grand nombre d'insertions anormales, d'après les statistiques de King et de Somer, c'est surtout de 25 à 40 ans qu'elles sont le plus fréquentes. Si l'on veut bien observer que la plupart des femmes fécondes ont eu déjà avant l'âge de 25 ans, une ou plusieurs grossesses, on voit que cette période de 15 années répond donc surtout à des multipares, ce qui vient confirmer ce que nous venons de dire au sujet de la plus grande fréquence de cette complication chez ces dernières.

Variétés. — L'insertion, on le conçoit, sera plus ou moins complète suivant que la circonférence du placenta se rapprochera plus ou moins de l'orifice interne. Laissant de côté l'insertion intra-cervicale (l'œuf étant implanté dans la cavité même du col) qui est d'une exceptionnelle rareté, on admet quatre variétés :

1° Centrale, on complète quand le centre du placenta, obturant l'orifice en totalité, correspond au centre de celui-ci.

2° Partielle, quand un point quelconque, intermédiaire entre le centre et le bord, correspond à l'orifice.

3° Marginale, quand le placenta est greffé près de la circonférence de l'orifice et que son bord l'affleure.

4° Latérale, quand ce bord en est distant, sans s'en éloigner de plus de 8 centimètres. M. Démelin fait remarquer que, pendant la grossesse, le diagnostic d'insertion vicieuse une fois fait, on ne peut chercher que deux choses : si le placenta recouvre l'orifice interne ou s'il l'avoisine seulement, c'est-à-dire s'il est central (central proprement dit ou partiel), ou s'il est latéral (marginal ou latéral proprement dit) ; que, pendant le travail, les variétés classiques reprennent leurs droits, mais alors seulement que le col est assez dilaté ou dilatable pour permettre l'extraction. Il est facile de comprendre, en effet, combien doit être délicate, jusqu'à cet instant, la distinction de ces variétés entre elles : quand on pratique le toucher au début du travail, et à plus forte raison pendant la grossesse, si le canal cervical ne laisse passer qu'un doigt, on pourrait penser à une insertion totale, centre pour centre, parce que le doigt explorateur ne trouve que du tissu placentaire. Un examen pratiqué plus

tard à dilatation complète, montre que le bord placentaire est accessible et qu'il s'agit d'une insertion incomplète. C'est ainsi encore qu'une insertion dite partielle pendant la grossesse peut se montrer marginale ou même latérale pendant le travail.

Il est donc de toute nécessité pour établir le diagnostic de la variété, d'attendre que la dilatation soit suffisante.

Fréquence des variétés. — Sur 136 cas d'insertion vicieuse, Lomer l'a trouvée 25 fois complète (variétés totale ou partielle) et 111 fois latérale (variétés latérale ou marginale); King, sur 219 cas, eut 81 partielles et 138 incomplètes; Depaul, sur les 71 cas qu'il cite, compte 25 centrales.

Sur les 305 cas mentionnés par M. Démelin, il y eut 20 fois insertion totale, c'est-à-dire 1 pour 15 insertions vicieuses ou 1 pour 2045 accouchements. A l'étude de cette dernière variété, M. Démelin (1) a consacré une récente monographie.

M. Pinard, sans nier son existence, avoue qu'il ne l'a pas rencontrée une seule fois sur 15.000 accouchements. M. Bar ne l'a non plus jamais observée sur 4100 accouchements.

(1) L. Demelin, De l'insertion vicieuse du placenta dite complète (insertion totale). *Annales de gyn. et d'obst.*, 1893.
Le placenta prævia total, (mémoire sous presse).

CHAPITRE II

Étiologie.

Quelles peuvent être les causes de l'insertion vicieuse du placenta ? Osiander (1832) aborda le premier ce problème qui n'est pas encore résolu, et dont la résolution importerait pourtant beaucoup pour la prophylaxie.

L'auteur allemand incriminait, avec raison, l'élargissement de la matrice, conséquence de la multiparité, mais, à l'encontre de toutes les données de la physiologie qui nous enseigne que l'œuf n'arrive dans l'utérus que plusieurs jours après la fécondation tubaire, il admettait que celui-ci était entraîné par son propre poids sur le col quand la femme se tenait debout un certain temps après le coït. Mais la station verticale est la station normale et caractéristique de l'espèce humaine, et l'insertion vicieuse est une exception. Velpeau, qui réfuta l'hypothèse émise par Osiander, enseignait que l'ovule, en pénétrant dans l'utérus, décollait la caduque et se portait vers les points où la résistance est moindre ; il croyait aussi qu'une première atteinte prédisposait à une seconde pour les grossesses subséquentes : Ingleby et Ménard ont bien en effet, cité des cas de récidive, mais les observations de pareils faits se comptent. Il est donc excessif, comme le voulait de Lignerolles, d'interdire toute nouvelle grossesse aux malheureuses qui ont une première fois échappé à cet accident.

Moreau pensait, comme Velpeau, que la pathogénie pouvait s'expliquer par un décollement de la caduque se produisant, d'après lui, quand les contractions de la trompe chassaient avec une violence insolite l'ovule fécondé.

Kilian (de Francfort) entreprit lui aussi, de déchiffrer l'énigme étiologique, et s'en prit à l'inégal développement de la caduque amenant la chute de l'ovule non enveloppé à sa sortie de la trompe, sur le segment inférieur.

Quoiqu'il en soit de ces diverses hypothèses, nous avons vu que la multiparité est souvent constatée. Jacquemier, Ahlfeld, Schrœder, incriminaient aussi l'ampleur de la cavité utérine et les lésions anatomiques dues aux états pathologiques antérieurs de l'organe, lésions qui permettraient à l'œuf, ne pouvant se greffer dans les zones supérieures, de glisser jusqu'au voisinage de l'orifice interne.

Pour Depaul, il y aurait absence de congestion de la muqueuse utérine au moment de l'arrivée de l'œuf dans la matrice.

On a signalé dans un cas l'abouchement des trompes au niveau du segment inférieur, M. Guéniot a trouvé une fois un cloisonnement incomplet de l'utérus. Ces malformations, et d'autres encore, ont été dénoncées par M. Polaillon comme une des causes de l'insertion vicieuse, et il est de fait que cette coïncidence a été relevée plus d'une fois depuis (utérus bicorne ; prédominance du diamètre horizontal sur le vertical). Dans le même ordre d'idées, on peut citer les cas d'insertion vicieuse qui se rencontrent dans les flexions et déviations utérines, les tumeurs fibreuses.

En somme, les femmes chez lesquelles on constate le plus souvent cette anomalie sont des femmes à l'utérus

malade : les métrites ayant pour résultat d'agrandir sa cavité et de permettre le glissement de l'ovule ; on la rencontre aussi chez celles dont l'organe gestateur, par suite d'avortements ou d'accouchements répétés à de courts intervalles, n'a subi qu'une involution incomplète.

M. le professeur Pinard a noté dans un certain nombre d'observations que la femme aurait fait un voyage au début de sa grossesse, et il se demande, n'avançant toutefois cette idée qu'avec réserve, si la trépidation due au chemin de fer ou à la voiture ne pourrait pas être invoquée comme cause. Jacquemier avait déjà émis la même hypothèse et au commencement du siècle, d'Outrepont, en Allemagne, avait trouvé certaines époques plus fécondes en insertions anormales.

Il ne serait donc peut-être pas inutile de soigner les utérus malades avant qu'ils ne redeviennent gravides, et de conseiller aux femmes de s'abstenir de voyages au début de leur grossesse.

Les notions pathogéniques sur les localisations anormales du placenta sont, on le voit, peu nombreuses et encore moins précises ; et, parmi les causes qu'on peut invoquer pour les expliquer, il n'en est guère auxquelles on puisse remédier avec la certitude du succès.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique.

Que le placenta soit expulsé, comme on en a cité des exemples, avant le fœtus, en même temps que lui, ou, comme c'est la règle, après lui soit spontanément soit artificiellement, il présente le plus souvent un aspect ou des lésions caractéristiques. Baudelocque fixa le premier l'attention sur les caractères anatomiques du délivre anormalement inséré ; il le trouva plus petit que d'habitude, sans que cette petitesse pût être mise sur le compte de l'hémorrhagie. Il est aussi un peu moins pesant que le placenta normal.

Les recherches de Gendrin, confirmées depuis par Schrœder, Hofmeier, Ahlfeld, ont montré qu'il présente des caractères macroscopiques particuliers : il n'a pas, sauf peut-être dans la variété totale, la forme régulière, arrondie qu'il offre habituellement ; ses contours sont plus ou moins accidentés, souvent déchiquetés dans la variété centrale quand on a été obligé de le décoller pour aller déchirer les membranes et quelquefois perforé en son centre, avant la naissance, par l'accoucheur, d'un orifice par où se sont écoulées les eaux et a parfois passé l'enfant. Il est étalé, applati, allongé, bilobé ou en limande au lieu d'être discoïde. Les cotylédons diffèrent de volume et d'épaisseur, atrophiés en certains points, épaissis dans d'autres. Le pla-

centa bilobé, par suite de l'atrophie des cotylédons répondant à l'orifice du col, remplacés par un pont de membranes, peut donner lieu à une erreur de diagnostic si l'on veut poser celui-ci avec le toucher pratiqué au début du travail. On évitera de commettre l'erreur si l'on veut bien se souvenir qu'il n'est possible de qualifier la variété d'insertion qu'avec une dilatation suffisante.

Depaul fait remarquer que la portion dont le décollement a été cause de la perte de sang offre une coloration plus foncée que le reste, présente des traces d'hémorrhagie ancienne ou récente et est souvent recouverte de caillots. Les membranes sont en général plus épaisses qu'à l'état normal, plus résistantes à mesure qu'on se rapproche davantage du placenta, aussi sont-elles parfois très difficiles à rompre et le doigt peut ne pas suffire à cette besogne. Il est possible de juger approximativement, après la délivrance, de la distance qui séparait le bord placentaire de l'orifice interne du col, et de vérifier ainsi le diagnostic porté avant ou pendant le travail. L'effraction des membranes par où a passé l'enfant et qui est plus ou moins éloignée de ce bord, correspondait en effet, en général, avant l'accouchement, au col dilaté. Mettant le délivre à plat, reposant par sa face utérine sur un plan horizontal, on pénètre avec la main dans l'intérieur de l'œuf, on soulève les membranes, on les tend et l'on se rend compte de cette distance que l'on peut mesurer, qui sépare les bords de l'ouverture du bord placentaire le plus rapproché d'elle. On aura ainsi à peu près la distance qui séparait le placenta des bords de l'orifice utérin. Nous avons vu que pour Barnes, pour qu'il y ait placenta prœvia, il fallait que le

bord inférieur du délivre en place soit distant de cet orifice de moins de 7,6 centimètres. M. Pinard admet qu'il y a insertion vicieuse toutes les fois que d'un côté de l'orifice de rupture, les membranes tendues mesurent moins de 10 centimètres. Ce procédé, nous n'avons pas besoin de le dire, n'est applicable qu'autant que la délivrance est normale, les membranes intactes et complètes, ce qui est loin d'être ici la règle.

Le lieu d'insertion du cordon a aussi son importance; si elle est en raquette et surtout vélamenteuse, on conçoit avec quelle facilité se rompront les vaisseaux au moment d'une déchirure, d'une déchirure artificielle surtout; l'hémorrhagie qui en sera la conséquence se fera, elle, aux dépens du sang du fœtus qui ne tardera pas à succomber par anémie aiguë.

CHAPITRE IV

Conséquences de l'insertion vicieuse.

La présence du placenta sur le segment supérieur peut, dans des cas exceptionnels, ne se traduire par aucun signe extérieur.

Le plus souvent, on observe un certain nombre de complications que nous devons passer en revue.

Elle donne lieu :

1° A des présentations vicieuses dues au défaut d'accommodation pelvienne ;

2° A la rupture prématurée des membranes ;

3° A l'accouchement prématuré, conséquence de cette rupture ou de l'hémorrhagie ;

4° A des hémorrhagies enfin, qui ne manquent pour ainsi dire jamais, et dont on a pu dire qu'elles sont l'essence même de l'insertion vicieuse, et qui sont bien l'accident le plus redoutable auquel donne naissance l'anomalie d'insertion.

Présentations vicieuses. — Leur importance se fait sentir, non seulement au moment où il faut terminer l'accouchement, mais aussi pendant le travail et elles influent beaucoup, comme nous le verrons plus loin, sur le mécanisme de l'hémostase.

Si l'on considère que, la portion inférieure de l'utérus étant occupée par le placenta, le fœtus est gêné et s'accom-

mode mal dans cette cavité déformée et que, par suite, la présentation, s'il y en a une, n'a pas de tendance à s'engager, on comprend qu'elles doivent être plus fréquentes que dans la grossesse normale.

Tandis que, d'après les auteurs classiques, la fréquence moyenne des présentations des extrémités céphalique et pelvienne, et de l'épaule est respectivement, à terme, de 95/100 pour la première, 1/60 pour la seconde, et 1/200 pour la troisième, on trouve dans l'insertion vicieuse 68,8/100 seulement pour le sommet, 1/8 pour le siège et 1/5 pour la présentation du tronc, ainsi qu'il résulte des chiffres contenus dans le tableau ci-joint :

Auteurs	*Nombre de cas*	*Sommet*	*Tronc*	*Siège*
Simpson	90	59	21	10
Muller	587	387	134	66
King	196	172	11	13
Lomer	126	70	44	32
Depaul	71		8	

Notons cependant que la fréquence relativement considérable des présentations du siège et du tronc doit être en partie imputable à l'époque prématurée de la grossesse. On sait que ces deux présentations se rencontrent d'autant plus souvent que la grossesse est plus éloignée du terme. Normalement en effet, si l'on prend en bloc, sans tenir compte de l'âge de la grossesse, tous les cas de présentation vicieuse, on trouve pour le siège 1/30 au lieu de 1/60 à terme, et pour l'épaule 1/125 au lieu de 1/200 à terme.

Conclusion à tirer de ces faits : lorsqu'à une époque de la grossesse où l'on est en droit de supposer la partie fœtale engagée si c'est un sommet, on la trouve attardée et mo-

bile au-dessus du détroit supérieur, et dans tous les cas où l'on sera en présence d'une présentation anormale, s'il n'existe pas d'autre cause (bassin vicié, hydramnios, etc.) pouvant expliquer, d'une part ce défaut d'engagement, d'autre part cette présentation, il faudra songer à la présence du délivre sur le segment inférieur et en chercher les autres signes en l'absence de ceux dont nous allons parler dans ce chapitre.

Rupture prématurée des membranes. — On admet qu'il y a rupture *tempestive* des membranes quand elle se fait à dilatation complète. « La poche des eaux se rompt, dit M. Tarnier, lorsque la pression intra-amniotique est suffisante pour triompher de la résistance des membranes (1) ». La rupture *précoce, hâtive* est celle qui s'effectue au début de la période de dilatation. La dénomination de *prématurée* est réservée à celle qui se produit avant tout début de travail. Dans l'insertion vicieuse, les membranes se rompent lorsqu'elles sont assez solides pour résister aux tiraillements qui sollicitent leur décollement en produisant l'hémorrhagie. Cette rupture se fait tantôt avant l'apparition de cette hémorrhagie qu'elle prévient quelquefois, tantôt pendant la perte du sang et alors celle-ci diminue souvent ou ne réapparaît pas. M. le Professeur Pinard (2) a particulièrement étudié cet accident et son élève, M. Lacaille, en a fait le sujet de sa thèse inaugurale. L'accoucheur de la clinique Baudelocque conclut de l'examen d'un grand nombre de délivres où

(1) Tarnier et Chantreuil. — *Traité de l'art des accouchements.* T. 1, Paris, 1882.

(2) *Mémoire sur la rupture dite spontanée des membranes de l'œuf humain*, 1886.

la rupture prématurée a eu lieu, que celle-ci est « causée le plus souvent par l'insertion du placenta sur le segment inférieur », et que « l'accouchement prématuré est très souvent provoqué par cette anomalie, soit qu'il y ait hémorrhagie, soit qu'il y ait rupture prématurée, soit qu'on n'observe ni l'un ni l'autre de ces accidents ». Sur 1394 accouchements, M. Pinard a constaté 147 fois la rupture prématurée des membranes avant toute apparition de travail, et sur ces 147 cas, 105 fois la distance séparant l'orifice de sortie du fœtus du bord placentaire mesurait moins de 10 centimètres. C'est dire que plus des deux tiers des cas de rupture prématurée seraient dus à l'insertion vicieuse du placenta.

Avortement et accouchement prématuré. — Conséquence presque obligée de la rupture des membranes ou de l'hémorrhagie due au décollement placentaire, l'un ou l'autre de ces deux accidents, selon l'âge de la grossesse, peut se produire encore par un autre mécanisme, et être dû à la gêne apportée à l'ampliation de la zone inférieure de l'utérus par la présence du placenta. Mlle Dylion (thèse 1890), sur 167 cas d'accouchement prématuré dû à l'insertion vicieuse a trouvé 72 fois la rupture prématurée des membranes. On pourrait donc dire au point de vue de la fréquence proportionnelle de cette rupture par rapport à l'accouchement prématuré, qu'elle survient dans les deux cinquièmes des cas.

L'avortement ayant pour cause l'insertion vicieuse a été peu observé, non qu'il soit rare peut-être, mais parce qu'à une époque peu avancée de la grossesse, il n'est pas toujours possible de constater l'insertion anormale.

Le toucher en effet, qui donnerait ici les plus précieux renseignements, fait constater l'engagement du placenta dans le col, ce que l'on rencontre dans un grand nombre d'avortements de cause quelconque, surtout des premiers mois.

L'accouchement prématuré, lui, est beaucoup plus fréquent.

Mais à quelle époque a lieu l'expulsion de l'œuf ?

Madame Lachapelle, Simpson, Depaul, King, Rigby, Robert Lee en ont réuni chacun un certain nombre de cas, où s'est produit l'avortement ou l'accouchement prématuré, 321 au total, sur lesquels on note 17 avortements : 4 avant et 13 pendant le 6e mois, et 164 accouchements prématurés, 72 pendant le 7e, 92 pendant le 8e, le reste pendant le 9e mois ou aux environs du terme.

Müller, sur 595 cas, a 21 avortements, 7 au 5e et 14 au 6e mois, et 308 accouchements prématurés, 72 au 7e mois, 141 au 8e, 95 pendant la 1re quinzaine du 9e ; les 266 autres à terme.

Cela fait, en considérant les accouchements du 9e mois comme ayant lieu à terme, presque autant d'accouchements prématurés que d'accouchements à terme, ceux-là se produisant non loin du terme normal de la grossesse.

Hémorrhagie. — Sa marche et ses caractères. — Elle est le *symptôme dominant de l'insertion vicieuse*, et c'est son apparition qui met le plus souvent sur la voie du diagnostic. Il est aussi le seul qui avait frappé les anciens observateurs, qui l'ont d'ailleurs décrit d'une manière parfaite au point de vue symptomatique.

Et d'abord, l'hémorrhagie est-elle constante ?

Walter le premier, puis Mercier eurent la chance d'observer des cas d'insertion vicieuse sans hémorrhagie. Celui-ci à l'occasion de ces faits, posa à ses contemporains la question de savoir si elle est inévitable. Leroux, Baudelocque, Chapman, Velpeau, Nœgelé, Ritgen relatèrent des cas semblables. Moreau remarqua qu'en pareille circonstance l'enfant est toujours mort, quelquefois depuis longtemps et expliqua qu'il en résultait dans la circulation utérine des modifications qui amenaient la coagulation du sang dans les vaisseaux de cette circulation. Simpson et Cazeaux admirent cette hypothèse, qui fut contestée par Matthews-Duncan et que Jacquemier combattit en faisant observer que si l'explication de Moreau était exacte, la délivrance devrait avoir lieu sans hémorrhagie quand les fœtus sont putréfiés, ce qui, dit-il, ne se produit pas. Pour lui, si l'hémorrhagie manque quelquefois dans ces cas, c'est grâce au décollement préalable du délivre et à la coagulation sanguine consécutive. Depaul cite plusieurs exemples d'hémorrhagies par insertion vicieuse survenue longtemps après que le fœtus eut succombé.

Il est des cas enfin où l'on a vu, avec un placenta vicieusement inséré, l'hémorrhagie, apparue au cours de la grossesse, cesser d'elle-même ou sous l'influence d'un traitement approprié, et l'enfant naître vivant et à terme. Duparcque et Dance en ont rapporté des exemples.

Il n'en est pas moins rationnel d'admettre que la mort du fœtus, qui s'accompagne de la disparition des varices, comme l'a montré M. Budin, de l'affaissement des seins, de la résorption partielle du liquide amniotique, puisse

être aussi le point de départ de phénomènes regressifs dans le domaine de la circulation utéro-placentaire.

On conçoit d'ailleurs, sans invoquer la mort du fœtus, qu'avec une insertion latérale, plus le placenta se trouvera éloigné de l'orifice interne, moins la femme courra les risques de l'hémorrhagie. C'est ainsi que Strauss, Scanzoni, ont cité des cas où la femme a pu mener à bien sa grossesse sans perdre de sang. Nous rapportons une observation semblable (obs. XXIX). Mais ce sont là, il faut bien le dire, des exceptions malheureusement trop rares pour qu'on ait à compter avec elles dans la pratique, et si l'on vient, chez une femme enceinte, à l'occasion d'un examen pratiqué pour un tout autre objet, à constater la présence du délivre sur le segment inférieur, on pourra prédire presque à coup sûr l'hémorrhagie et se tenir prêt à la combattre.

La fréquence de celle-ci, en réalité, se confond pour ainsi dire avec la fréquence même de l'insertion vicieuse, et Duncan Stewart, après Levret, n'avait donc pas tout à fait tort de la considérer comme *inévitable.* Dans la variété totale, elle l'est à coup sûr, car en admettant qu'elle n'apparaisse pas pendant la grossesse ou à l'occasion du travail, elle se produit forcément au moment de l'expulsion, quand le fœtus pousse devant lui le placenta. Elle n'a jamais manqué dans les observations réunies par M. Démelin.

A quel moment de la grossesse apparaît pour la première fois l'hémorrhagie ?

Il faut à ce propos faire une distinction entre l'époque de l'apparition de la première hémorrhagie et celle de l'inter-

ruption de la grossesse et ne pas les confondre ensemble, l'une étant loin d'entraîner fatalement l'autre. Nous allons voir, en effet, qu'il est de règle que l'hémorrhagie se reproduise plusieurs fois, à des intervalles variables, avant que le travail ne se déclare.

Duparcque le premier s'occupa de cette question, et admit que l'hémorrhagie ne débutait guère avant 6 mois de grossesse accomplis. C'est en effet, et nous reviendrons sur ce point, dans cette période que l'utérus se développe surtout aux dépens du segment inférieur et amène le décollement du délivre, mais on est autorisé à admettre que quelques-unes des pertes sanguines, suivies le plus souvent d'avortement, qui surviennent dans le deuxième trimestre de la gestation sont dues à une insertion vicieuse de l'arrière-faix, ainsi qu'il est possible, parfois, de s'en rendre compte par l'examen de l'œuf abortif.

Pour Seyfert, l'hémorrhagie peut se produire à n'importe quel moment de la grossesse et le plus grand nombre des avortements doit lui être attribué : c'est à tort, croyons-nous, car la syphilis et le traumatisme, pour ne parler que de ces deux causes, peuvent en revendiquer la plus grande part.

C'est dans les trois derniers mois que débutent en général les hémorrhagies, quelquefois avant, plus rarement au moment du travail et exceptionnellement seulement avec la délivrance.

Dans les cas où l'insertion est totale, le plus souvent, d'après M. Démelin, la première perte apparaît dans les derniers temps de la grossesse, dans le cours ou à la fin du neuvième mois.

Voyons quels sont les *caractères de cette hémorrhagie.*

Tous les accoucheurs admettent depuis Duparcque, que la perte débute ordinairement d'une façon spontanée, bien que son apparition soit parfois précédée de prodromes (douleurs de reins, etc.), ou provoquée par l'abus de l'acte conjugal, sur lequel a insisté Mme Boivin, ainsi que par les coups, les chutes, etc.) (obs. XXVIII).

Ces notions, quelqu'utiles qu'elles soient à connaître pour expliquer et prévenir l'hémorrhagie utérine, dans certaines circonstances considérées d'ailleurs, par la célèbre accoucheuse elle-même, comme exceptionnelles, n'enlèvent pas à l'hémorrhagie son caractère de *spontanéité*, qui est la règle. Elle apparaît, en effet, ainsi qu'il est facile de s'en rendre compte par la lecture des *observations*, le plus souvent sans cause appréciable ; c'est, non pas à l'occasion d'un travail fatigant, mais alors que la femme est tranquillement assise, au milieu d'une occupation peu pénible comme la couture, ou même lorsqu'elle est couchée et profondément endormie que la perte survient, et ce n'est pas alors la douleur qui la réveille, car celle-ci fait le plus souvent défaut : la femme se sent mouillée, croit seulement avoir perdu de l'eau, regarde et constate non sans effroi que c'est du sang. L'hémorrhagie est donc *insidieuse*, *silencieuse.*

Elle est de plus, en général, assez *considérable d'emblée.*

Elle *dure* quelques heures, un jour, deux jours, ou quelquefois persiste « plusieurs jours sous forme d'un suintement qui n'empêche pas la femme de vaquer sans inquiétude à ses occupations » (Depaul).

D'ordinaire, elle s'*arrête spontanément.*

Elle peut présenter toutes sortes de degrés, depuis la perte de sang légère qui ne donne pas même lieu à un affaiblissement général passager et à laquelle la femme ne prend pas garde, l'attribuant à quelque fatigue, jusqu'à celle qui plonge la malheureuse dans le coma ou provoque une syncope fatale. Mais il est rare, bien qu'on en ait cité des exemples, que cette première hémorrhagie soit assez grave pour devenir mortelle, c'est encore un de ses caractères.

C est de plus une *hémorrhagie à répétition.*

« Au bout de quelques jours, dit Depaul, quinze jours, ou davantage, une deuxième hémorrhagie survient dans les même conditions, plus abondante, d'une durée plus longue, avec expulsion de caillots. Celle-ci s'arrête encore spontanément, et la femme reprend encore son travail. Puis, après un intervalle plus court que le premier, une troisième hémorrhagie se montre, plus abondante encore; alors, la femme s'inquiète, demande du secours et, sous l'influence de traitements divers, on voit la perte s'arrêter de nouveau et le travail se déclarer. Ou bien encore, c'est 4, 5 pertes successives qui se font, de plus en plus rapprochées, avant le travail. Habituellement, c'est à la 2e ou 3e hémorrhagie que les douleurs s'éveillent, et, sous l'influence des contractions utérines, celle-ci cesse ou plus souvent augmente d'intensité. Il faut alors qu'un traitement approprié soit mis en œuvre pour la diminuer en favorisant l'accouchement spontané ou en permettant d'attendre l'intervention de l'accoucheur jusqu'au moment où la dilatation sera suffisante ».

Nous avons dit que, dans certaines circonstances, l'hémorrhagie ne se montre pour la première fois qu'au moment

du travail ; en tout cas, qu'elle ait ou non apparu auparavant quand celui-ci se déclare, elle est généralement abondante et augmente d'intensité, ainsi que l'avaient remarqué Levret, Mme Lachapelle et quelques autres, sous l'influence des contractions utérines. Elle peut réapparaître après l'expulsion du fœtus, se continuer pendant et après la délivrance, et c'est dans ces cas surtout qu'elle crée un danger immédiat pour la vie de la femme. Le segment inférieur, très vasculaire en raison même de la présence du placenta, plus mince que le reste de la paroi utérine et moins riche qu'elle en fibres musculaires contractiles, n'est par suite en état de fournir que d'une façon très atténuée cette contractilité qui, dans l'insertion normale, est l'agent ordinaire de l'hémostase. « Après l'accouchement, le col restera mou, même quand le corps de l'utérus forme à l'épigastre un corps dur ; c'est pourquoi les hémorrhagies consécutives à l'accouchement, et même à la délivrance ne sont jamais plus à craindre que lorsque le placenta s'insère sur le segment inférieur » (Tarnier, *loc. cit.*). Dans la variété totale en particulier, ces hémorrhagies, que le délivre soit ou non complètement décollé, sont quelquefois d'une excessive gravité : elles se font en nappe, le sang s'écoulant des sinus restés béants, à cause de l'inertie utérine au lieu d'implantation et amènent trop souvent, quoiqu'on fasse, la mort rapide de l'accouchée (obs. VIII).

Parmi les accidents auxquels donne lieu la présence du placenta sur le segment inférieur de l'utérus, et qui sont en même temps les symptômes qui trahissent cette anomalie, l'hémorrhagie est donc, comme le disait Peu : « le plus universel, le plus dangereux, le plus pressant de

tous ». Aussi le professeur Pajot avait-il coutume de dire que si quelque motif avait dû le détourner de la pratique des accouchements, c'eût été la crainte de l'hémorrhagie. Elle est, en effet, parmi les dangers liés à la pratique des accouchements, le plus justement redouté, et il n'en est aucun qui préoccupe au plus haut point le praticien, dont le perpétuel souci est d'arrêter ces pertes si terribles par leur fréquence, leur intensité, leur répétition, et d'en prévenir le retour autant qu'il est en son pouvoir.

CHAPITRE V

Quelle est l'influence de l'insertion vicieuse sur la marche de la grossesse, de l'accouchement, de la délivrance et des suites de couches.

L'anomalie qui nous occupe, peut ne se révéler par aucune complication pendant la grossesse et même le travail (on a vu en effet l'hémorrhagie n'apparaître qu'à l'occasion de la délivrance). Mais, ordinairement, la grossesse, l'accouchement, comme la délivrance et quelquefois les suites de couches sont plus ou moins modifiés dans leur physionomie habituelle. Nous avons vu la rupture prématurée spontanée des membranes si fréquente, les pertes de sang, qui ne manquent presque jamais, soit que ces deux causes agissent isolément comme c'est la règle, soit qu'elles combinent leurs effets, venir dans près de la moitié des cas, interrompre le cours de la gestation en provoquant l'avortement ou l'*accouchement prématuré*; cette interruption, de même que l'apparition des hémorrhagies, sur l'allure desquelles nous avons assez insisté pour n'avoir pas à y revenir, a lieu, de l'avis à peu près unanime des auteurs, le plus souvent à partir du 7e mois et surtout pendant les 8e et 9e; la grossesse, arrivant, dans les deux tiers des cas, aux environs du terme.

Le travail présente souvent une durée insolite, car par suite du défaut d'engagement de la partie fœtale ou à cause

d'une présentation vicieuse loin d'être exceptionnelle, surtout si la poche des eaux manque, la dilatation est lente à se faire.

S'il y a déjà eu des pertes sanguines, elles augmentent d'intensité ou apparaissent pour la première fois, sous l'influence des contractions énergiques et répétées du muscle utérin ; elles deviennent encore plus abondantes si, les membranes étant intactes, la partie fœtale engagée appuyant sur elles, les tend sans les rompre et augmente le décollement du délivre ainsi tiraillé. Si les membranes sont rompues spontanément ou artificiellement, l'hémorrhagie s'arrête souvent, et les contractions utérines sont accrues, qui sollicitent l'engagement de la présentation, s'il y en a une ; la partie fœtale à son tour, arrête l'écoulement du sang en faisant tampon, ou au contraire l'augmente en favorisant, par son passage, le décollement direct du délivre au lieu de glisser sur sa surface. Il est encore d'autres sources d'hémorrhagie, donnant lieu celles-ci à l'écoulement du sang fœtal : ainsi la rupture d'un sinus circulaire ou d'un vaisseau du territoire de la circulation fœto-placentaire ; la déchirure spontanée ou artificielle des cotylédons.

La durée de la période d'expulsion ne paraît pas modifiée, à moins que, à cause de l'anémie due aux pertes de sang, les contractions utérines et les efforts volontaires soient impuissants.

L'accouchement peut d'ailleurs être absolument normal au point de vue du mécanisme. Le mode de terminaison, quelquefois entièrement, quelquefois seulement en partie spontané (l'accoucheur laissant à la nature, après une intervention, le soin de terminer l'expulsion), est souvent

artificiel, en raison de la fréquence des présentations vicieuses et de la nécessité qui s'impose plus d'une fois d'en finir, pour tarir une hémorrhagie qui met en danger les jours de la femme avec ceux de l'enfant. Quant à l'intervention, simples tractions, version, forceps, etc., on conçoit qu'elle varie pour une foule de raisons.

La délivrance, comme dans l'accouchement normal, peut être naturelle ou artificielle. Nous avons vu que l'expulsion spontanée du placenta peut exceptionnellement précéder celle du fœtus ou l'accompagner. L'arrière-faix se présente plus souvent par sa face utérine ou par un bord, que par sa face fœtale, en raison même de son insertion. L'inertie totale ou partielle (limitée à la zone inférieure), de l'utérus avec ses conséquences : adhérence partielle du délire, hémorrhagies, commande souvent l'extraction manuelle de celui-ci immédiatement après l'accouchement ; les pertes sanguines qui persistent quelquefois pendant les suites de couches sont dues à ce défaut de rétraction du segment inférieur ou aux déchirures du col ouvrant des vaisseaux dont la lumière n'a aucune tendance spontanée à s'oblitérer. L'expulsion terminée, on n'en a donc pas encore fini avec l'hémorrhagie, contrairement à l'opinion de Stein et Hinze qui admettaient qu'il n'y avait, de ce côté, plus rien à redouter après l'accouchement. Si la femme a échappé aux dangers des hémorrhagies qui, si elles l'ont trop anémiées, peuvent encore la tuer par une syncope quelques jours après la délivrance, elle est, pour peu qu'elle se trouve dans un milieu favorable, exposée aux infections puerpérales auxquelles elle offre un terrain tout préparé.

CHAPITRE VI

Diagnostic de l'insertion vicieuse.

Levret, Mme Lachapelle, démontrèrent que « la plupart des pertes de sang qui surviennent inopinément chez certaines femmes dans les derniers temps de leur grossesse sont dues à cette anomalie ».

« La proportion des hémorrhagies dues à l'insertion vicieuse du placenta, dans les derniers mois de la grossesse comparée à celle qui appartient aux autres causes qui peuvent produire le même accident, est tellement grande que l'on peut presque affirmer la présence du délivre dans le voisinage du col par cela seul qu'une hémorrhagie survient à cette période » (1). Il est bon cependant, ajoute Depaul auquel sont empruntées ces lignes, d'établir un diagnostic différentiel.

Pendant la grossesse, que l'hémorrhagie prenne sa source dans le décollement placentaire, comme c'est la règle, dans la rupture d'un vaisseau utéro-placentaire, d'un sinus marginal utéro-placentaire, faits sur lesquels nous verrons Matthews Duncan s'appuyer pour édifier sa théorie, ou encore, ainsi que M. Budin en a rapporté des exemples, qu'elle soit due à l'ouverture du sinus circulaire, ou au décollement de l'arrière-faix normalement inséré, l'époque de la gestation où se montre pour la première fois la perte,

(1) Depaul, *Leçons de clinique obstétricale*, Paris, 1872-1876.

sa marche, ses caractères (indolore, spontanée, se répétant de plus en plus abondante et à intervalles de plus en plus rapprochés) autoriseront à rapporter cet accident à la présence du délivre sur le segment inférieur.

Quant aux états pathologiques pouvant avoir avec cette hémorrhagie quelque point de ressemblance, il semble assez difficile qu'ils puissent être confondus avec elle.

L'examen des lèvres et de la paroi vaginale permettra de reconnaître si l'on a à faire à une rupture de veines variqueuses. L'état général de la femme, les commémoratifs, et surtout les signes fournis par le toucher dévoileront le cancer utérin. En présence d'une môle hydatiforme, il suffirait, pour éviter une erreur rarement commise, de constater le caractère séro-sanguinolent du liquide, l'expulsion de vésicules caractéristiques réunies en grappes et enfin l'absence de fœtus. On ne confondra pas non plus avec certains polypes en voie de sphacèle et qui font saillie à travers l'orifice utérin ; et l'on ne prendra pas pour des hémorrhagies dues à l'insertion vicieuse, la persistance tout à fait exceptionnelle des règles pendant la grossesse.

Mais il nous semble difficile, dans la plupart des cas, de distinguer l'hémorrhagie par insertion anormale de celle qui précède ou accompagne l'avortement dû à une autre cause.

Si l'hémorrhagie apparaît pour la première fois à l'occasion du travail, on s'assurera qu'elle n'est pas due à une déchirure du col utérin ; pendant la délivrance il faudra penser encore aux déchirures possibles du col ou de la fourchette, à celle d'un paquet variqueux saillant sous la muqueuse vaginale ou au niveau des petites lèvres, et enfin distinguer la perte sanguine due à l'inertie utérine totale

dans le cas d'insertion normale d'avec celle qui reconnaît pour cause l'atonie du segment inférieur sur lequel était greffé le placenta : dans le premier cas, l'écoulement s'arrête si l'on fait, par du massage ou des injections chaudes, contracter l'utérus, tandis que dans le second elle continue malgré la contraction du corps utérin devenu un globe dur et saillant.

Enfin, dans tous les cas où l'on se trouvera en présence d'une présentation vicieuse, d'une rupture prématurée, spontanée des membranes, d'un accouchement prématuré spontané, ces accidents devront, si rien d'autre ne peut en rendre compte, éveiller les soupçons de l'accoucheur qui cherchera les autres signes de l'insertion basse.

Les caractères cliniques des hémorrhagies symptomatiques du placenta prævia ne suffisent pas toujours pour les attribuer à leur véritable cause et nous savons d'autre part que l'hémorrhagie peut manquer quelquefois, tout au moins pendant la grossesse. Un seul signe est capable de fournir des caractères de certitude permettant d'affirmer la présence du délivre sur le col ou dans son voisinage, le *toucher*, dont l'importance n'avait pas échappé aux anciens accoucheurs, puisque Peu en faisait déjà « le signe le plus propre, le moins équivoque et le plus certain ».

Les renseignements que nous donne ce procédé d'examen sont variables suivant l'état du col de l'utérus. Pendant la grossesse, quand l'orifice de ce dernier est encore clos et ne permet pas l'introduction du doigt, on trouve le col dévié vers l'un des culs-de-sac, tandis que du côté opposé le segment inférieur est tendu et empâté. On perçoit difficilement la présentation, et il est souvent impossible

de la reconnaître avec ses caractères habituels, même en combinant le palper au toucher. La sensation de ballottement vaginal fait défaut à cause de l'interposition du gâteau placentaire entre la partie fœtale et le doigt. Le diagnostic de la variété, trop précoce pour être définitif, est à ce moment quelquefois possible, surtout pour la variété centrale. Si le col est ouvert et que le placenta recouvre l'orifice cutané, « on sentira facilement une masse spongieuse, molle et mamelonnée, et si l'insertion n'est que partielle, on trouvera dans une étendue variable le placenta, et, dans le reste de l'aire de la dilatation, les membranes épaissies et rugueuses » (Depaul, *loc cit.*).

De plus, en conséquence de la plus grande vascularisation de cette région, on sent, au fond du vagin, des battements auxquels on a donné le nom de *pouls vaginal* ; c'est un bon signe, mais qu'on rencontre dans d'autres circonstances (insertion vélamenteuse, procidence du cordon, et même dans la grossesse normale) le toucher, pratiqué avec toutes les précautions antiseptiques d'usage, doit l'être aussi avec beaucoup de douceur et de prudence ; il faut aller lentement, avec précaution, ne pas essayer de forcer le col s'il n'est pas franchement perméable ; et, si le canal cervical laisse pénétrer le doigt, se bien garder de détacher les caillots qu'il peut contenir ou les cotylédons situés au voisinage du col : car, dans l'un et l'autre cas, on a vu (obs. I et IV)) ainsi provoquées ou rappelées des hémorrhagies fort graves et même mortelles.

Le toucher, pendant le travail, fournira les mêmes sensations, d'une façon plus nette. Ce n'est quelquefois qu'à ce moment, ne l'oublions pas, ou même seulement au

cours de la délivrance que l'insertion vicieuse, qui, n'ayant donné lieu à aucun accident pendant la grossesse, n'a pas même été soupçonnée, se traduit par une hémorrhagie plus ou moins abondante d'emblée. Nous avons dit que celle-ci, due à un défaut de décollement placentaire avant, à un défaut de rétraction du segment inférieur après la délivrance, ne cédait souvent, pour ces motifs, ni à l'évacuation des caillots contenus dans la cavité utérine, ni aux injections très chaudes.

Enfin nous savons que le diagnostic rétrospectif est possible dans un certain nombre de cas, par l'examen du délivre, et peut ainsi servir de contrôle à celui qui a été porté avant l'expulsion de l'arrière-faix.

On peut donc dire avec Depaul qu' « en somme, le diagnostic est en général assez facile à établir ; la marche et les caractères de l'hémorrhagie, l'état du segment inférieur, l'état rugueux des membranes, la sensation d'un des bords du placenta, permettent presque toujours d'éviter, avec de l'attention, les méprises possibles ».

CHAPITRE VII

Pronostic.

Les anciens accoucheurs n'avaient pas pu méconnaître cette notion clinique que la femme meurt souvent à la suite de pertes de sang abondantes coïncidant avec ce qu'ils appelaient les présentations placentaires, et pour Mme Lachapelle, l'insertion vicieuse constitue « un des accidents les plus dangereux auxquels les femmes soient exposées pendant leur grossesse ». Son pronostic est grave à la fois pour la mère et pour le fœtus.

Ce dernier succombe souvent pendant la grossesse, ordinairement pendant le travail, quelquefois après la naissance. Dans tous les cas, la mortalité est considérable.

Les auteurs suivants ont noté :

Behm		sur	40	cas	31	enfants	morts,	soit	77,5	0/0
Wyder		—	189	—	122	—		—	64,5	—
Hofmeier		—	37	—	23	—		—	62	—
Obermann		—	64	—	34	—		—	53	—
King		—	85	—	43	—		—	50,5	—
Lomer		—	101	—	51	—		—	50,5	—
Auvard	Maternité	—	145	—	78	—		—	54	—
Auvard	Clinique	—	110	—	69	—		—	64	—
Rigby		—	43	—	25	—		—	58	—
Simpson		—	106	—	73	—		—	69	—

On conçoit que cette mortalité fœtale soit plus considérable encore dans la variété d'insertion centrale : c'est ainsi que, sur les 39 observations qui figurent dans le mémoire

de M. Démelin, l'enfant succomba, dans 30 cas, ce qui donne une proportion de 77 0/0.

Quelles sont les causes de la mort du fœtus ? On a longtemps discuté pour savoir si le sang était fourni par l'organisme maternel ou fœtal, et les anciens accoucheurs croyèrent qu'il venait de ce dernier. Mais Puzos, Levret, Rigby, Mme Lachapelle remarquèrent que le liquide nourricier, au lieu de s'échapper pendant la diastole utérine, comme dans les cas d'inertie avec insertion normale du délivre, redouble au contraire au moment de la contraction. On connaît aujourd'hui l'indépendance absolue des deux circulations fœtale et maternelle, et l'on sait que, la séparation du placenta, se faisant en plein tissu maternel, les orifices vasculaires dont sont parsemées les deux surfaces mises à nu ne sont autres que les sinus utérins largement ouverts.

Contrairement à l'opinion que nous verrons encore soutenue par Simpson, le fœtus ne succombe donc pas à l'hémorrhagie mais bien à l'asphyxie : il meurt brusquement quand la majeure partie du délivre est décollée dès la première hémorrhagie, graduellement si des hémorrhagies successives ne lui laissent pour permettre les échanges entre lui et sa mère, qu'une portion de son poumon physiologique insuffisante pour assurer l'hématose. Aussi l'enfant naît-il souvent en état de mort apparente, quand il n'est pas mort tout à fait ; et si, après avoir échappé aux dangers de l'accouchement, il se laisse ranimer à l'aide des moyens qui réussissent le mieux dans ces cas (insufflation de bouche à bouche, respiration artificielle, excitation cutanée obtenue par des frictions à l'alcool, des bains chauds

etc.....) comme il a longtemps souffert, il est ordinairement si chétif qu'on le voit succomber souvent quelques heures ou quelques jours après sa naissance et qu'il n'a que peu de chances de s'élever.

Les hémorrhagies quand elles deviennent inquiétantes et menacent l'existence de la mère, les présentations vicieuses, les défauts d'engagement, par leur seul fait on en favorisant les procidences de membres, nécessitent l'emploi fréquent de manœuvres d'extraction qui mettent en danger la vie d'un fœtus peu résistant. La fréquence relative, pour les mêmes causes, des procidences du cordon viennent encore aggraver le pronostic pour cet enfant dont la vie est si exposée déjà du fait des hémorrhagies maternelles. La tige funiculaire peut aussi, en raison de sa situation déclive dans la cavité utérine, être seulement comprimée par une partie fœtale : cette compression, qui se traduit par ses signes ordinaires (modifications dans le nombre, le rythme et l'intensité des battements du cœur fœtal et par la coloration du liquide amniotique par le méconium) ne mettant nullement, pas plus que la mort du fœtus dans ces cas, un terme à l'écoulement sanguin.

Enfin le fœtus peut succomber à l'anémie aiguë, conséquence d'une hémorrhagie dont il fait cette fois les frais ; celle-ci se traduisant dans les cas de rupture du sinus circulaire, d'un vaisseau ombilical rampant sur la face fœtale du placenta ou anormalement sur les membranes dans l'axe de la dilatation et qui se déchire quand on perfore celui-ci ou qu'on rompt celles-là pour arrêter le décollement on faire l'extraction.

Pour la mère, l'hémorrhagie, nous l'avons vu, peut

être grave pendant la grossesse soit par son abondance, soit par sa répétition, et la conduire en peu de temps « aux portes du tombeau ». Mais elle augmente généralement d'intensité pendant les divers phénomènes du travail, dilatation du col, descente du fœtus, etc..... C'est là le grand danger de l'insertion vicieuse dans ses formes graves, des variétés partielles ou totales en particulier. Dans ces dernières en effet, la perforation du placenta ou son décollement artificiel, inévitables pour amener le fœtus au dehors ou permettre son expulsion spontanée, augmentent encore les déchirures vasculaires. A tout moment du travail, la parturiente, déjà affaiblie par les pertes antérieures, peut être prise d'une syncope parfois mortelle, dans certains cas, même avant l'accouchement. Les adhérences partielles plus ou moins étendues de ce placenta que la rétraction d'un segment inférieur souvent inerte est impuissante à rompre, la délivrance artificielle que nécessite parfois ce défaut de décollement, sont de nouvelles causes d'hémorrhagies abondantes ; si celles-ci n'ont pas tué la femme pendant l'accouchement, avant ou immédiatement après l'expulsion du fœtus, quand le placenta est extrait, tout n'est pas fini encore. D'abord, la perte sanguine peut continuer, favorisée par l'atonie de l'organe gestateur, totale ou limitée au segment inférieur où s'insérait le placenta, ou par une déchirure du col des lèvres de laquelle coule le sang. La femme a été tellement affaiblie par les pertes subies avant et pendant le travail qu'il suffit alors de bien peu pour la rendre presque exsangue, et la plonger dans un état syncopal dont elle ne se relève que difficilement.

« La première cause de mort subite dans les insertions vicieuses réside donc dans l'anémie profonde créée par les hémorrhagies répétées qui sont la caractéristique de cette anomalie de la grossesse » (Maygrier).

Même à supposer que l'hémostase complète ait été obtenue après la délivrance, tout danger n'est pas encore écarté. La femme reste sous la menace d'une syncope toujours imminente dont l'apparition est favorisée par certaines circonstances sur lesquelles a insisté M. Maygrier (1) : c'est par exemple le simple choc de l'accouchement, la déplétion brusque de l'utérus (syncope à vacuo) qui résulte de l'ouverture de l'œuf amenant l'écoulement instantané du liquide amniotique (surtout s'il est en excès) ou de l'extraction rapide du fœtus. L'administration du chloroforme enfin, à l'égard duquel les parturientes jouissent d'ordinaire d'une si heureuse tolérance, est une nouvelle et puissante cause de mort subite pour une femme chez qui l'action anémiante exercée sur le cerveau par l'agent anesthésique n'est plus, faute de sang en quantité suffisante, compensée et combattue par la congestion qu'y provoquent normalement les contractions de l'utérus et les efforts d'expulsion répétés que nécessitent celles des muscles abdominaux (Voir obs. XXV et XXVI).

« Si l'anémie ne va pas d'emblée jusqu'à la syncope, l'affaiblissement dans lequel elle plonge les femmes leur enlève toute force de résistance et, dans ces conditions, il est possible de voir la plus légère atteinte amener rapidement une issue fatale (Maygrier). Celle-ci peut survenir à l'occasion du moindre mouvement, d'un changement d'at-

(1) Maygrier, *Leçons de clinique obstétricale.* Paris, 1893.

titude, du passage de la position couchée à la position assise, du transport d'un lit dans un autre (Tarnier), d'un déplacement quelconque.

La femme brusquement pâlit davantage, éprouve de la gêne respiratoire, s'agite, appelle au secours ; son pouls et sa respiration se suppriment, elle se refroidit et meurt sans avoir repris connaissance et sans qu'on n'ait pût rien faire pour la ramener à la vie.

La mort enfin peut être amenée par une septicémie, au développement de laquelle un terrain propice est préparé et qui guette ces malheureuses impuissantes à lui résister si elle pénètre dans la place, ou bien encore être le résultat d'une intoxication par les antiseptiques : sublimé, bi-iodure de Hg, acide phénique, etc.

Dans quelle proportion a lieu cette mortalité ? Nous faisons remarquer que les chiffres ci-dessous se rapportent à des résultats antérieurs, en partie du moins à la période antiseptique.

Auteurs		*Nombre de cas*	*Mères mortes*	*Pourcentage*
Simpson		654	180	27,5 0/0
Depaul		71	23	32 —
Schwarg		332	80	24 —
Charpentier		952	237	24 —
Trask		958	237	24 —
Muller		912	212	23 —
King		240	54	22,5 —
Auvard	Maternité	145	39	27 —
Auvard	Clinique	110	36	32 —

Le pronostic de l'insertion vicieuse pour la mère est su-

bordonné à l'abondance et au nombre des pertes sanguines, en tenant compte de la résistance personnelle de la femme et de son état de santé antérieur, des précautions antiseptiques prises, de la méthode de traitement employée et sur laquelle nous aurons à revenir.

Il est plus grave pour les primipares à cause de la longueur de la période de dilatation avant que l'accoucheur puisse intervenir. Il l'est d'autant plus que les hémorrhagies ont débuté à un âge moins avancé de la grossesse. Il varie aussi avec la variété de l'insertion. La variété totale est particulièrement fâcheuse.

C'est ainsi que Depaul eut :

sur 25	insertions	centrales	14	décès
sur 31	—	partielles	8	—
sur 15	—	latérales	0	—

Sur les 39 observations d'insertion totale rapportées dans le mémoire de M. Démelin la femme succomba 14 fois, soit 35,8 0/0 de décès.

CHAPITRE VIII

Pathogénie de l'hémorrhagie et procédés de traitement.

Le grand danger de l'insertion vicieuse, celui qui menace souvent l'existence de la mère et compromet toujours celle de l'enfant, nous venons de le voir, c'est l'*hémorrhagie* : aussi est-ce contre elle qu'ont été surtout dirigés les efforts d'une thérapeutique dont l'urgence se mesure à la gravité de l'accident qu'elle doit combattre.

Plusieurs méthodes ont été mises en œuvre pour le traitement de cette hémorrhagie ; nous ne pouvons les passer en revue sans parler en même temps des théories diverses par lesquelles on a cherché à expliquer le mécanisme de sa production : les premières n'ayant été souvent que les conséquences de celles-ci, passées du domaine des hypothèses dans celui de la réalité pratique.

Pour étudier les unes et les autres, un plan nous semble tout indiqué par la manière dont elles se sont succédées dans l'ordre chronologique : c'est celui que nous suivrons.

Les auteurs ont toujours été presque unanimes à reconnaître que le décollement de l'arrière-faix précède la perte de sang et lui donne naissance, mais les opinions diffèrent quant à savoir pourquoi et comment se produit ce décollement. Les accoucheurs qui connurent les premiers les présentations placentaires et les pertes graves qui les accom-

pagnent, ne songèrent nullement à se rendre compte de leur cause et acceptaient le fait avec résignation, croyant tout expliquer par un caprice de la nature. Leur ignorance sur ce point s'explique par l'abandon dans lequel les anciens laissèrent la science obstétricale.

Avec Ambroise Paré et Guillemeau, son disciple, commence, à la fin du XVIe siècle, l'histoire thérapeutique du placenta prævia. Plus entreprenant que son maître qui, en présence d'un danger dont le pronostic ne lui échappait cependant pas, restait le plus souvent les bras croisés, conseillant de rien tenter sur la parturiente mais « d'abandonner son corps aux soins de la nature en recommandant son âme à Dieu », le chirurgien de Henri IV fut le premier qui osât préconiser résolument une intervention.

« Pour secourir la femme, dit-il, quand l'arrière-faix se présente le premier au conduit de la nature de la femme, le plus sûr et le plus expédient est de délivrer soudainement celle-ci..... ; de tirer l'enfant sans couper le cordon et de l'enlever le plus dextrement que faire se pourra (1) ».

Et il sauve ainsi la fille d'Ambroise Paré.

Louise Bourgeois (1619) sage-femme de Catherine de Médicis, Mauriceau (1668), Viardel (1671), Portal (1685), Peu (1695), emploient tour à tour cette méthode. Nous la trouvons à peu près seule également pratiquée pendant le XVIIIe siècle par Ruleau (1704), Amand (1714), Dionis (1721), Smellie (1751), Deleurye, et enfin par Levret (1770), qui lui donne le nom d'*accouchement forcé*.

Portal (2), à qui revient l'honneur d'avoir le premier

(1) Ch. Guillemeau, *De la grossesse et accouchement des femmes*, Paris, 1571.
(2) Portal, *La pratique des accouchements soutenue d'un grand nombre d'observations*, Paris, 1685.

décrit l'insertion primitive du délivre au voisinage du col, décollait le placenta, rompait les membranes et pratiquait la version. Pour lui, le sang venait de l'arrière-faix lui-même ; aussi, ayant observé des cas où il avait cessé de couler après l'expulsion de celui-ci, en préconisait-il l'arrachement. Nous verrons Simpson reprendre plus tard et développer la notion pathogénique et le procédé. Philippe Peu, son contemporain, ne songe pas, lui non plus, à rechercher la cause des phénomènes qu'il observe et décrit si bien, et, à son avis « le secret est de munir la femme des sacrements, de l'accoucher et la délivrer au plus tôt, sans savoir si son fruit est haut ou bas, s'il vient bien ou mal, si les eaux sont écoulées ou non (1) ».

Mauriceau, adversaire déclaré de Peu, méconnut l'insertion vicieuse et attribua l'hémorrhagie à la brièveté naturelle ou accidentelle du cordon entraînant, sous l'influence des tractions exercées par le fœtus, le décollement progressif du placenta que son propre poids ferait ensuite glisser peu à peu sur l'orifice utérin. Mais la tige funiculaire est moins résistante que les adhérences utéro-placentaires et se rompt plutôt que de les faire céder ; quant au glissement de l'arrière-faix normalement inséré, il est assez difficile à concevoir.

Quoiqu'il en soit, si les deux rivaux différaient sur les données étiologiques, leur thérapeutique, par contre, était la même : Mauriceau, comme Peu, recourait à la version rapidement exécutée, et si par hasard le placenta se présentait le premier, il se hâtait de l'extraire sans couper le cordon.

(1) Ph. Peu, *La pratique des accouchements*. Paris, 1695.

Henri de Deventer (1) (1701), méconnaissant, lui aussi, malgré les preuves cliniques fournies par Portal, qui devaient être quelques années après appuyées par les relations anatomiques publiées en Allemagne par Shacher, de Leipsig (1709), l'insertion du délivre sur le segment inférieur, soutenait que celui-ci adhère invariablement au fond de l'utérus, et qu'on ne le trouve sur le col, où peut l'agglutiner le sang par sa coagulation, qu'après qu'il s'est détaché sous l'influence de traumatismes et d'autres causes diverses, de son lieu d'insertion primitive. L'accoucheur anglais était d'accord avec Portal pour affirmer que ce sang qui s'écoule au dehors après avoir décollé les membranes, vient uniquement du placenta, dont il préconise comme lui l'arrachement précédé ou non de l'accouchement forcé si la présentation est vicieuse ; dans le cas de présentation normale, Deventer, après avoir perforé le délivre par dilacération afin de permettre l'écoulement du liquide amniotique, abandonnait l'accouchement aux soins de la nature.

Jusqu'au milieu du XVIIIe siècle, les accoucheurs, faute d'idées directrices pour imaginer un traitement rationnel, ou trompés par les fausses théories résultant d'une mauvaise interprétation des faits cliniques, n'eurent donc qu'une préoccupation, débarrasser les femmes au plus vite. « Que plus tôt la matrice sera désemplie, disaient-ils, plutôt la perte s'arrêtera ». Et pour eux, « *nullo remedio, sed sola extractione fœtus curanda* ».

Ce procédé brutal, jusqu'ici si fort en honneur, et qui d'ailleurs ne s'éteint pas encore et que nous retrouverons

(1) H. DE DEVENTER, *Observ. imp. sur le manuel des acc.* Londres, 1701.

sur notre chemin employé par divers accoucheurs jusqu'à ces derniers temps, avait, il n'est pas besoin de le dire, des conséquences désastreuses pour les mères et les enfants dont la mortalité était énorme. Aussi concevons-nous l'espèce d'épouvante que cette complication de la grossesse inspirait aux anciens accoucheurs et la sombre peinture qu'ils nous en ont laissée.

« C'est alors qu'effrayé des résultats d'une méthode qu'il trouve aussi cruelle que dangereuse et plus soumise à la volonté qu'aux lois de la nature, dont il cherche toujours à s'inspirer, *Puzos* se met à la tête d'un mouvement de réaction qui a pour but de substituer à l'accouchement forcé un procédé plus en harmonie avec l'accouchement normal » (Payrau, Thèse 1894).

Il s'agit, par l'évacuation du liquide amniotique, de faire naître ou de réveiller les contractions utérines qui doivent permettre au col de se dilater; pour atteindre ce but, dès que la dilatation le lui permet, et non avant, mais sans attendre non plus qu'elle soit complète, Puzos (1) enseigne qu'après avoir introduit dans l'orifice un ou deux doigts avec lesquels, s'interrompant par des poses, on a travaillé doucement et graduellement, à agrandir celui-ci, il faut *rompre les membranes*; ces manœuvres suivies de l'écoulement des eaux, ont pour effet d'exciter davantage les contractions qui arrêtent l'hémorrhagie en faisant resserrer les vaisseaux, et en amenant leur compression par l'engagement de la partie fœtale qu'elles favorisent. Ainsi, dit Puzos, « la nature et l'art concourant ensemble pour

(1) Puzos, *Mémoire sur les pertes de sang et traité des accouchements*. Paris, 1759.

avancer l'accouchement, il se fait pour l'ordinaire en assez peu de temps, et l'on a presque toujours la satisfaction de sauver la vie à la mère et à l'enfant ». Que l'ingénieuse et douce méthode que Puzos substituait à la pratique de ses prédécesseurs ait été peut-être exquissée avant lui par des partisans de l'accouchement forcé, par Dionis, Deventer, Mauriceau, ainsi qu'en témoignent certains passages de leurs écrits, il n'en mérite pas moins d'avoir laissé son nom, par le soin minutieux qu'il a apporté à la décrire et à l'étayer sur des faits cliniques, l'ardeur qu'il a mise à la vulgariser et à la défendre, à cette première conquête de la thérapeutique de l'insertion vicieuse.

La *méthode de Puzos* fit peu d'adeptes, peut-être, remarque M. Auvard, une simple déchirure de membranes ne mérite pas, aux yeux des contemporains, d'être considérée comme une intervention, et paraît un moyen trop anodin pour combattre un état aussi grave que celui produit par le placenta prævia.

Rœderer (1752) en Allemagne, Smellie (1758) en Angleterre et Levret en France étaient alors les plus illustres représentants de la tocologie. Le premier était partisan de la rupture, soit des membranes, soit de l'arrière-faix suivie de la version pratiquée quand le col était dilatable ; le second n'attendait même pas que l'orifice utérin fût praticable. Quant à Levret (1), qui s'occupa longuement de l'insertion vicieuse, et contribua par la dissertation magistrale qu'il lui consacre et aussi grâce à sa réputation, à vulgariser dans le domaine obstétrical l'étude de cette anomalie,

(1) Levret, *L'art des accouchements démontré par des principes de physique et de mécanique*, Paris, 1756.

il pensait que le col, en s'effaçant pendant la grossesse, en se dilatant pendant le travail, pour participer à l'ampliation de la cavité utérine, rompait les adhérences qui l'unissaient au délivre, dont le décollement devait fatalement amener l'hémorrhagie. Pour lui, celle-ci était donc liée aux modifications subies par le col et avait, une fois déclarée, tendance à augmenter sous l'influence des contractions utérines qui élargissent le calibre des vaisseaux en dilatant les fibres musculaires; il conclut que la seule espérance de salut réside dans la rapidité de l'intervention. Négligeant la pratique de Puzos, qu'il juge trop lente, et qui, eu égard à l'imminence du péril, ne saurait convenir, il repousse l'arrachement du placenta comme devant augmenter les sources de l'hémorrhagie au lieu de les tarir et faire craindre pour la mère le sort qui menace l'enfant; l'accouchement forcé reste la seule méthode qui s'impose au praticien : il faut au plus vite rompre les membranes ou perforer le placenta, saisir le fœtus par les pieds et l'extraire. C'est également la conduite que tiennent Deleurye (1770) et Astruc (1766) qui, malgré les travaux de Portal, de Petit, de Shacher, de Smellie, de Levret et de tant d'autres, n'admettent pas l'insertion vicieuse primitive et invoquent pour expliquer les présentations placentaires une chute de la femme ou l'hypothèse de Mauriceau sur la brièveté du cordon. Ces deux auteurs terminent l'accouchement après avoir décollé le placenta et perforé les membranes.

Rigby (1775), un des accoucheurs qui se sont le plus occupés de la question, et dont le remarquable ouvrage a été traduit par Mme Boivin, étudiant avec soin les hémor-

rhagies liées à l'insertion vicieuse et les méthodes employées par ses devanciers pour les combattre, rejeta l'accouchement forcé à cause des déchirures du col auxquelles il expose presque toujours, et ne trouvant pas le procédé de Puzos assez rapide, adopta la version podalique mais à condition que le col soit dilatable, disant qu'on ne doit « jamais introduire la main avant que la nature n'ait montré quelques dispositions à s'aider elle-même ».

C'est alors (1776) que, 17 ans après que Puzos eût fait connaître sa méthode, un disciple de Levret, *Leroux* de Dijon, propose à son tour un procédé qui fut une nouvelle et précieuse conquête de la thérapeutique obstétricale.

Il eut l'idée de remplir le vagin d'un corps étranger dont la présence devait opposer une digue infranchissable au sang par la formation de caillots oblitérateurs. Le tampon de Leroux devait accomplir une véritable révolution dans le traitement des hémorrhagies du placenta prævia. Il fut adopté avec enthousiasme et, pour employer l'expression de M. Auvard, le tamponnement à outrance remplaça l'extraction à outrance.

Nous allons le voir entrer en lutte avec l'accouchement forcé qui va peu à peu disparaître de la pratique, et avec la rupture des membranes qu'il ne tarde pas à éclipser, gagnant à sa cause la majeure partie des accoucheurs, qui dès lors sont partagés en trois camps.

L'accouchement forcé est préconisé par Mmes Lachapelle (1821) et Boivin à la Maternité, Gendrin (1839), Velpeau (1829) qui, dans son *Traité d'obstétricie*, consacre un chapitre à l'étude détaillée de l'insertion vicieuse, dont le traitement exige à ses yeux « le plus de sang-froid, le plus de courage et le plus d'habileté ».

En vain Jacquemier (1846) cherche à réhabiliter le procédé de Puzos en insistant sur son mode d'action dans la pathogénie de l'hémostase, celui-ci est relégué au second plan.

Il reçoit meilleur accueil en Angleterre où nous avons vu Smellie le généraliser et Rigby l'adopter avec réserve; il y est combattu au contraire par Duncan Stewart (1816) et John Burns (1855) qui lui reprochent, l'un la compression du fœtus et l'autre l'inertie utérine et lui préfèrent le tamponnement méthodique; nous le verrons faire partie des méthodes de Barnes et de Braxton-Hicks.

Nous le retrouverons également préconisé en Allemagne avec plus ou moins de modifications par Cohen et Ritgen et remis ces dernières années en honneur par M. le professeur Pinard qui en généralise l'emploi et y adjoint selon le cas deux autres méthodes, celle de Wigaud et celle de Braxton-Hicks.

Le tampon lui, pendant ce temps, a la faveur de tous les grands accoucheurs.

Baudelocque (1781), Capuron (1811), Gardien (1821), Paul Dubois, Depaul, en France; à l'étranger Wigand (1808), Bush, Carl Ritgen (1824), Lumpe qui ne craint pas de dire que « sans le tampon il ne voudrait pas être accoucheur », Burns, Chiari, Scanzoni, etc.

Tour à tour approuvé, critiqué, modifié, transformé, il a abouti au tampon classique tel qu'on le pratique en France et que nous décrirons plus loin.

Pendant toute cette période, aucune autre méthode nouvelle sérieuse n'est opposée au tampon; une seule mérite

de fixer un instant l'attention, non à cause de sa valeur, mais à cause de l'autorité de celui qui la proposa, Simpson (1744). S'appuyant sur des faits personnels et sur ceux publiés par quelques-uns de ses prédécesseurs, concernant l'expulsion spontanée ou l'arrachement artificiel du délivre avant la sortie du fœtus, il affirme que plus le placenta est décollé et moins l'hémorrhagie est abondante ; pour lui, en effet, le sang provient de la partie décollée du délivre où il pénètre par la portion encore adhérente à l'utérus.

Il en déduit naturellement que plus la surface placentaire sera décollée, plus l'apport de sang maternel diminuera. Comme argument clinique, il cite ce fait que la perte augmente avec les contractions de la matrice, lesquelles font descendre la présentation qui vient exprimer comme d'une éponge le sang fluide contenu dans les sinus utérins. En outre, il soutient ce raisonnement que le sang n'arrive au placenta que pour servir à la respiration du fœtus, que par conséquent si le délivre est décollé, le but physiologique n'existe plus et que dès lors le liquide nourricier reprend sa direction primitive, celle qu'il avait avant la gestation. Nous verrons Barnes réfuter l'erreur grossière de ces fausses interprétations de faits très réels, et cette théorie qui n'est, d'ailleurs, qu'une réédition plus brillamment exposée des idées de Deventer sur l'insertion du placenta et de Portal sur la source de l'hémorrhagie. Simpson, satisfait de son argumentation, proposa, comme ses deux devanciers, le décollement complet et l'arrachement artificiel du délivre suivis ou non de l'extraction du fœtus selon que l'hémorrhagie continue ou a cessé.

Nous venons de voir les cliniciens essayer de diminuer

la mortalité par les procédés de traitement qui leur semblent les plus rationnels, luttant pendant deux siècles sur le terrain de la thérapeutique, celle-ci valant souvent mieux que leurs explications. En effet, aucune des théories les plus diverses émises jusqu'ici sur la cause du décollement placentaire n'est satisfaisante, parce qu'aucune ne repose sur des données anatomiques et physiologiques certaines, et il faut arriver à Jacquemier pour trouver une explication.

Théorie de Jacquemier. — Cet accoucheur fait remarquer (1) que, pendant les six premiers mois de la grossesse, l'utérus se développe surtout aux dépens de sa partie supérieure et de son fond, d'où l'aspect piriforme qu'il revêt à cette période ; tandis que dans les trois derniers au contraire, c'est principalement le segment inférieur qui s'accroît achevant ainsi l'ampliation de l'organe et le rendant ovoïde.

Il en résulte que, si le placenta se greffe dans les deux tiers supérieurs, il se développe parallèlement à la matrice, et que s'il est inséré sur la zone inférieure, étant complètement développé quand celle-ci augmente à son tour, il ne pourra la suivre dans son mouvement d'expansion. Il y aura donc séparation, décollement, et partant, hémorrhagie ; et « lorsqu'à cette ampliation organique, ajoute Jacquemier, vient s'ajouter la distension mécanique » que subit le segment inférieur à la fin de la grossesse, « le tiraillement augmente d'une façon très marquée et entraîne

(1) Jacquemier, *Manuel des accouchements et des maladies des femmes grosses et accouchées* (Paris, 1846).

souvent le décollement d'une portion du placenta. De là la fréquence croissante de l'hémorrhagie pendant les 7e, 8e et 9e mois, quoique l'orifice soit exactement fermé ». Cette théorie, simple et précise, a été admise par le plus grand nombre des accoucheurs et combattue par quelques-uns.

Théorie de Depaul. — Parmi les premiers, Depaul (1), tout en acceptant l'explication de Jacquemier, la complète pour certains cas particuliers où celle-ci est insuffisante.

Si c'était toujours, remarque-t-il, par le mécanisme précédemment invoqué que se produisent les pertes sanguines, puisque le défaut de parallélisme dans le développement du délivre et de son lieu d'insertion anormale, sur lequel on se base, est constant, physiologique, l'hémorrhagie ne devrait jamais faire défaut. Or nous savons qu'il est des cas de placenta prævia dans lesquels celle-ci n'apparaît qu'au début ou à l'occasion du travail. Pour Depaul, le développement de l'utérus gravide n'est pas aussi régulier que l'admet Jacquemier, et il prouve, à l'aide d'observations cliniques contrôlées par les preuves anatomo-pathologiques, qu'« il est impossible de désigner d'une manière exacte, ni quelle est la partie du fond qui se développe le plus pendant les premiers temps de la grossesse, ni quand s'arrête cet accroissement. D'un autre côté, le segment inférieur se développe assurément plus tard, mais il n'est pas possible d'assigner une époque fixe au début de ce phénomène variable chez chaque femme, et l'on peut dire seulement d'une manière générale que cela commence du

(1) Depaul, *Mémoire sur les hémorrhagies qui tiennent à l'insertion du placenta sur le segment inférieur*. Paris, 1852.

6e au 7e mois, et que la région antérieure de ce segment se développe en général beaucoup plus que la postérieure. « Il est en effet assez fréquent de constater au début du travail que la tête du fœtus, en s'engageant dans l'excavation, entraine avec elle la paroi antérieure de l'utérus dont elle est en quelque sorte coiffée ».

« Si le placenta, continue Depaul, est venu se greffer sur le segment inférieur presque entièrement constitué par cette partie qui participera à l'amplitude générale de l'organe, il ne pourra suivre le développement des parois, de là séparation entre le tissu placentaire et le tissu utérin, rupture des vaisseaux et hémorrhagie. Si le délivre est appliqué à l'orifice interne même, à cette cause des pertes viendra plus tard s'en joindre une autre, l'effacement du col qui, dans le courant du 9e mois, ou par le fait du travail, s'ajoutera au développement des parties avoisinantes ».

Le siège précis de l'insertion placentaire nous permet de comprendre le mécanisme de l'hémorrhagie, en même temps que son irrégularité et son inconstance. Elle sera d'autant plus précoce et plus abondante et inévitable que l'arrière-faix viendra s'insérer plus complètement sur la région antéro-inférieure du segment inférieur; d'autant moins abondante et moins constante que l'insertion se fera.en arrière du col, dans cette région qui subit le moins de modifications à la fin de la grossesse (obs. XXIX).

Théorie de Barnes. — Tandis qu'en France on admet la théorie de Jacquemier complétée par celle de Depaul,

Robert Barnes (1), de Londres, en propose une qui « est juste le contraire de celle qui est généralement admise. Quelle est en effet, dit-il, la partie qui se développe le plus rapidement ? N'est-ce pas l'œuf ? le placenta ? Le développement du col est secondaire, il est le résultat de l'excitation que lui imprime l'œuf. Le premier développement du délivre vient d'un *excès de développement de celui-ci sur le col qui n'est pas destiné à son insertion et qui n'est pas fait pour vivre en paix avec lui.*

Les relations sont rompues, le placenta s'étend au delà et l'hémorrhagie se produit ».

Ce ne serait donc pas, d'après l'accoucheur anglais, le segment inférieur qui se développerait trop vite par rapport au placenta, mais ce dernier qui, augmentant trop rapidement de volume, se détacherait de ses points d'insertion.

Pour expliquer le mécanisme par lequel se produit l'hémorrhagie pendant la grossesse, Barnes, partant de ce fait que celle-ci serait plus fréquente aux périodes correspondant aux époques menstruelles, attribue un rôle important à ce qu'il appelle l'*hyperhémie périodique du placenta* qui, joignant son action à l'excès relatif du développement de cet organe, contribuerait à produire les pertes de sang. « Au moment des règles, dit-il, le sang afflue vers l'utérus et le placenta, gonfle celui-ci et le rend trop large pour la surface sur laquelle il est fixé ; il se décolle sur les bords de l'orifice et le sang s'écoule.... ; de plus, la zone cervicale, sous l'influence des contractions éveillées par la présence des caillots entre le délivre et la paroi utérine, peut secondairement en détacher une plus grande partie ».

(1) R. Barnes, *Lectures of obstetric operations, etc.* London, 1862.

La théorie de Barnes n'a pas trouvé de nombreux partisans, d'abord parce qu'elle va à l'encontre des faits d'observation qui démontrent que c'est le segment inférieur qui s'accroît ; en outre parce que les hémorrhagies apparaissent surtout à une période de la grossesse (dernier trimestre) où le placenta a acquis son développement à peu près complet et par conséquent ne saurait augmenter plus rapidement de volume que n'augmente en surface la portion de l'utérus sur laquelle il s'insère ; enfin parce qu'il est loin d'être prouvé que les hémorrhagies apparaissent surtout au moment des époques menstruelles.

En résumé, pour lui, le décollement du délivre qui produit l'hémorrhagie, reconnaît pour cause, pendant la grossesse, l'ampliation rapide du placenta, son hyperhémie périodique et, consécutivement, la dilatation du col pendant le travail. Ces notions étaient indispensables pour comprendre le traitement que préconise Barnes et qui n'est qu'une déduction de sa théorie. Moins exclusif dans le choix des moyens que la plupart de ses prédécesseurs, en présence d'une hémorrhagie abondante liée à l'anomalie qui nous occupe, il conseille de recourir d'abord à la rupture des membranes et à l'application d'un bandage serré sur le ventre dans le but de faire descendre la partie fœtale sur le col où elle agira comme tampon pour tarir la perte et comme coin pour dilater l'orifice. Si cette première intervention ne donne pas ce qu'on est en droit d'espérer d'elle, il convient de recourir au tamponnement. Si ces tentatives successives demeurent infructueuses, il substitue alors son procédé à la nature qui seule est impuissante à amener sans hémorrhagie la dilatation du col indispensable pour ache-

ver l'accouchement. Se basant sur ce fait que le placenta dans ces cas est toujours inséré à moins de 8 centimètres de l'orifice interne, il introduit dans le col l'index et lui fait décrire un cercle dont le rayon égale précisément cette dimension, mesure ordinaire de ce doigt, afin de décoller dans toute l'étendue de la zone dangereuse les adhérences utéro-placentaires.

Cette zone ainsi libérée, il espère que ses contractions n'amèneront plus d'hémorrhagie et permettront la dilatation du col, empêchée jusqu'alors par la présence du délivre. Si malgré tout elle persiste, se refusant à faire l'accouchement forcé, il a recours à ses dilatateurs (sacs-violons) en commençant par le numéro le plus gros qu'il peut introduire jusqu'à celui qui s'approche le plus de la dilatation complète : celle-ci obtenue, il ne reste plus qu'à pratiquer la version podalique.

Telle est la méthode de Barnes ; elle présente, on le voit, une certaine analogie avec celle de Simpson, mais s'en distingue par deux points principaux :

1° Le décollement du placenta est incomplet ;

2° Il n'est pas suivi de son extraction.

Cette méthode s'est surtout répandue en Angleterre et aux États-Unis ou Murphy et Playfair sont ses plus chauds partisans.

Méthode de Braxton-Hicks. — L'année suivante surgit une nouvelle méthode, la version combinée, version mixte, version bipolaire, préconisée il est vrai pour la première fois en 1817 en Allemagne par d'Outrepont, et pratiquée déjà par Bush, Braun, Hamilton et Robert Lee, mais

à laquelle le célèbre accoucheur anglais a donné son nom si ce n'est pour l'avoir imaginée, tout au moins pour en avoir fait une heureuse application à l'insertion vicieuse du placenta.

Supposant un cas où la présentation est normale et l'orifice utérin assez dilaté pour admettre un ou deux doigts, la poche des eaux étant ou non rompue, voici comment Braxton-Hicks décrit le manuel opératoire de sa méthode :

« La parturiente est placée dans la position obstétricale et un doigt d'une main introduit dans le col. Après avoir reconnu la tête et sa position, je place l'antre main sur l'abdomen au niveau du fond de l'utérus; je reconnais le siège et avec cette main, j'appuie sur lui doucement mais avec fermeté pour l'abaisser tandis qu'en même temps la main inférieure repousse la tête dans le sens opposé pour la faire remonter au-dessus du détroit supérieur. Au moment même où elle le dépasse, le siège est arrivé au niveau du diamètre transverse de l'utérus et l'épaule correspond à l'orifice utérin. On repousse cette dernière de la même façon qu'on a fait pour la tête, et, après une nouvelle et légère pression exercée à l'extérieur sur le siège, le genou touche le doigt et peut être saisi et attiré en bas ». L'auteur fait remarquer que, les membranes étant intactes, cette dernière partie de la manœuvre est beaucoup facilitée par la tendance qu'a l'utérus à faire coïncider le grand axe de l'enfant avec son grand diamètre, l'un et l'autre longitudinaux. Il recommande de n'agir que dans l'intervalle des contractions et considère comme un des principaux avantages de sa méthode de pouvoir être employée au début de la période de dilatation, c'est-à-dire à un moment où

les contractions, qui sont une gêne pour la pratiquer, n'ont atteint encore ni leur plus grande fréquence ni toute leur énergie. Si les membranes sont rompues, la manœuvre, du moins d'après Braxton-Hicks est plus facile encore dans le cas de présentation du tronc, car, dit-il, « il suffit alors souvent de faire pénétrer deux doigts à travers l'orifice pour atteindre et accrocher le genou ».

Braxton-Hicks (1) s'est très bien trouvé de l'emploi de sa méthode en maintes circonstances et en particulier dans les cas de placenta prævia. Quand il constate une présentation du sommet ou de l'épaule, il procède comme il vient d'être dit. Quand c'est le siège qui se présente, il n'est pas besoin de manœuvre préalable. Dans tous les cas, une fois le pied à l'orifice du col, et les membranes rompues, il saisit ce pied et le fait doucement descendre ainsi que la jambe, sans effort, par la simple traction exercée par le poids du bras. Le tampon naturel ainsi obtenu arrête l'hémorrhagie. Peu à peu la jambe, maintenue au dehors, dilate le col grâce à sa forme conique puis le siège agit de même et s'engage à son tour, formant un nouveau tampon.

A cette intervention jusqu'alors active doit succéder, si l'hémorrhagie a cessé, une thérapeutique expectante. On consacre les quelques heures dont on dispose en attendant les contractions utérines à remonter les forces de la femme, et l'on se conduit comme dans toute présentation pelvienne, c'est-à-dire qu'on laisse la nature accomplir l'accouchement et qu'on ne l'aide, si besoin est, que par de douces et lentes tractions.

(1) Braxton-Hicks, *On combined external and internal version*. London, 1863.

De plus, si le travail se fait trop attendre Braxton-Hicks donne de l'*ergot de seigle* et il n'hésite pas, pour calmer les douleurs de la parturiente, et amener la résolution musculaire quelquefois indispensable pour mener à bien la manœuvre, à faire usage de l'*anesthésie chloroformique*.

Cette méthode fut surtout bien accueillie en Allemagne, où Kuhn (1868), Martin (1876), Schrœder (1872), Hofmeier (1882), Behm (1883), Lomer (1884), Wyder (1886), Negri (1887), Obermann (1888) et Nordmann la pratiquent avec succès et en rapportent de nombreuses observations, les uns laissant comme le maître l'accouchement se terminer par les seules forces de la nature, les autres intervenant pour hâter la sortie du fœtus.

Théorie de Matthews-Duncan (1). — Cet accoucheur s'est spécialement occupé des questions pathogéniques ayant trait à l'insertion vicieuse du placenta. Disciple de Simpson, il ne suivit pas les idées de son maître, et se fit chef d'Ecole. Rejetant les théories de Robert Barnes qu'il considère comme des conceptions imaginaires en contradiction avec les faits cliniques, il étudie le processus hémorrhagique pendant la gestation et pendant la parturition. Se basant sur ses observations personnelles, qui ne lui ont pas permis de constater sur la face utérine du délivre, les caractères pathologiques d'hémorrhagies anciennes ou récentes, il n'admet le décollement partiel que comme une cause exceptionnelle des pertes de sang. Il explique

(1) Matthews-Duncan, *Sur le mécanisme de l'acc. normal et pathologique et recherches sur l'insertion vicieuse du placenta*. Traduit par P. Budin. Paris, 1876.

leur production pendant la grossesse de quatre façons :

1° Par la rupture d'un vaisseau utéro-placentaire au niveau ou au-dessus de l'orifice interne.

2° Par la rupture d'un sinus marginal utéro-placentaire dans la partie prématurément détachée, mais seulement dans le cas d'implantation latérale.

3° Par la séparation partielle du placenta consécutive à une cause accidentelle, à un choc ou à une chute.

4° Par la séparation partielle qui succède à des contractions utérines déterminant une légère dilatation de l'orifice interne, ces derniers faits pouvant être considérés comme un début de fausse-couche s'arrêtant de bonne heure.

Ces diverses conditions peuvent se rencontrer quel que soit le lieu d'implantation du délivre, et, si, d'ordinaire, elles ne donnent lieu à aucune hémorrhagie, c'est qu'il y a pour le segment inférieur une cause spéciale que Duncan trouve dans la tension plus considérable du liquide sanguin par suite de la situation déclive de l'arrière-faix.

L'auteur anglais, négligeant la contraction utérine, accorde une trop grande influence aux ruptures vasculaires et au traumatisme, et sa théorie est peu d'accord avec la symptomatologie de l'hémorrhagie, dont le caractère est d'être le plus souvent spontanée et insidieuse, ainsi que nous l'avons vu.

Pendant le travail, il invoque, pour expliquer le décollement, une sorte d'*expansion* de la surface sur laquelle s'insère le placenta, et du col qui, sous l'influence de la contraction des fibres longitudinales du segment inférieur, plus puissantes que les fibres circulaires, se laisse forcer, s'élargit et se transforme en un tube cylindrique. Le déli-

vre anormalement fixé, se décollerait donc par un défaut d'accommodation, parce qu'il ne peut suivre l'augmentation de l'utérus en surface, de même que dans l'insertion normale, il se décolle après l'accouchement parce qu'il ne peut suivre le retrait de cet organe.

Une comparaison, imaginée par M. Budin, entre l'utérus et un sac à glace en caoutchouc, et trop connue et trop souvent citée pour que nous songions à la reproduire ici, met bien en lumière le mécanisme de cette expansion. M. Budin, tout en admettant dans la plus large part, le rôle pathogénique du décollement placentaire dans la production des hémorrhagies, affirme que la rupture du sinus circulaire peut être aussi une cause fréquente des pertes de sang, que le placenta soit normalement ou vicieusement inséré, et il a donné de faits semblables plusieurs observations.

Théorie de Schrœder. — Carl Schrœder (1877) remit en vogue la rupture des membranes comme l'avait fait Puzos, mais en s'appuyant sur une théorie toute différente. Son ingénieuse hypothèse, basée sur le décollement fréquent du chorion d'avec l'amnios, est connue sous le nom de *théorie de glissement*.

On sait que les contractions utérines indolores qui se produisent dans les derniers temps de la grossesse, ont pour effet d'amener la rétraction du segment inférieur.

Quand l'œuf est intact et le placenta normalement inséré, le glissement des parois utérines sur l'œuf, commencé au voisinage de l'orifice interne du col, remonte peu à peu dans une étendue nécessaire à la formation de la poche des eaux. Le décollement, conséquence de ce glisse-

ment se produit alors, soit ordinairement dans l'épaisseur de la caduque utérine, soit exceptionnellement, quand celle-ci est trop adhérente, entre le chorion qui se déchire et l'amnios qui vient alors faire hernie à travers cette ouverture et constituer, dans ces cas, à lui seul, la poche des eaux.

Si le placenta, qui n'est qu'un renflement du chorion, se trouve anormalement inséré, et que son bord arrive jusqu'au voisinage de l'orifice interne, le décollement se fera, par le même mécanisme, entre le chorion et la paroi utérine, dans l'épaisseur de la caduque, et se poursuivra au niveau du point d'implantation du délivre, ouvrant les sinus maternels utéro-placentaires et produisant l'hémorrhagie. Si au contraire le décollement a lieu entre l'amnios et le chorion, celui-ci étant rompu par une cause quelconque, il se poursuivra sur la face fœtale du placenta, dont l'amnios se détachera dans une étendue variable, limitée toutefois par l'insertion du cordon.

Dans ces cas exceptionnels, le placenta restant adhérent à son lieu d'insertion, est entraîné avec la paroi utérine dans son mouvement d'ascension, et l'hémorrhagie n'a pas lieu. Il suffirait donc, pour empêcher le décollement utéro-placentaire et, partant, éviter l'hémorrhagie, de rompre le chorion. La rupture de cette seule membrane a peut être été observée coïncidant avec l'absence de perte sanguine ; mais dans la pratique c'est la rupture simultanée de l'amnios et du chorion qu'on observe quand elle se fait spontanément, et qu'on réalise artificiellement. Dans la variété centrale, où le placenta occupe la place de la poche des eaux, le décollement se fait encore par le même méca-

nisme, mais toujours dans l'épaisseur de la caduque utéro-placentaire et non plus en séparant les membranes. Ce qui était l'exception dans l'insertion normale et dans les variétés latérale et marginale devient ici la règle.

Donc, l'élargissement du col ayant lieu par retrait des fibres musculaires, le placenta et le segment inférieur se déplacent l'un sur l'autre. On peut suivre sur la parturiente les modifications apportées par ce glissement réciproque : c'est ainsi que, plus l'orifice externe du col remonte, plus apparaît accessible, au doigt qui touche, cette partie du délivre située au devant du fœtus, non pas, dit Schrœder, parce que celui-ci s'abaisse, mais parce que l'orifice du col s'élève.

Après la rupture des membranes, les conditions, sont devenues différentes ; le placenta peut remonter avec le segment inférieur : il n'existe plus entre eux de cause de séparation.

Ainsi donc, tant que la poche des eaux est intacte, la séparation et avec elle l'hémorrhagie sont inévitables ; avec des membranes rompues au contraire, le placenta reste adhérent à son lieu d'insertion. La rupture des membranes devient, par conséquent, l'indication essentielle pour empêcher la production ou le retour de l'hémorrhagie.

Pratiquement, Schrœder recommande, après la rupture des membranes, la manœuvre de Braxton-Hicks et conseille la conduite tenue par cet accoucheur.

Théorie et méthode de M. le professeur Pinard (1886). — C'est en se basant sur une opinion analogue à celle de Schrœder et sur l'observation de ruptures spontanées des

membranes suivies d'arrêt de l'hémorrhagie, que M. le professeur Pinard a fait de la rupture artificielle des membranes son procédé de choix dans le traitement des hémorrhagies liées à l'insertion vicieuse du placenta. Voici quel est le mécanisme qu'il invoque pendant la grossesse.

Il existe un manque de parallélisme entre le développement de la paroi utérine et l'extensibilité des membranes au moment de l'élongation de l'œuf. Lorsque l'insertion se fait dans l'un des deux segments supérieurs, la portion des membranes qui correspond à l'orifice utérin est assez éloignée du placenta pour que les tiraillements exercés à leur niveau, se répartissant sur une grande étendue, n'arrivent pas jusqu'à solliciter son décollement. Mais s'il y a insertion dans la zone inférieure, la portion des membranes qui s'étend de l'orifice utérin au bord du délivre n'ayant que quelques centimètres de longueur, ne jouit que d'une extensibilité très limitée. Alors, il peut arriver deux choses : ou la pression intra-amniotique triomphe de la résistance des membranes, et celles-ci se rompent spontanément ; ou le chorion étant très résistant ne se déchire pas, et comme il est fortement adhérent au placenta, il entraîne celui-ci et par conséquent le décolle.

Pendant le travail, le mécanisme est le même pour l'insertion vicieuse partielle, et l'hémorrhagie est donc dans ce cas évitable.

Si l'insertion est complète, elle est inévitable, car ce ne sont plus alors les tiraillements des membranes qui produisent le décollement, mais le fœtus lui-même, agissant directement sur le placenta qu'il repousse au devant de lui.

Quant à la méthode que préconise M. Pinard, elle est à la fois une combinaison de celle de Puzos et de l'accouchement forcé.

Nous avons vu que Puzos rompait les membranes *pendant le travail,* quand la dilatation était suffisante et la présentation céphalique ou pelvienne. C'était en somme un accouchement provoqué qu'il obtenait avec ses manipulations sur le col, lesquelles avaient pour but de faire naître les contractions utérines et de dilater celui-ci, afin d'évacuer ensuite le liquide amniotique.

M. Pinard voit dans l'hémorrhagie liée à l'insertion vicieuse une indication précise et urgente de rompre le plus tôt possible et de déchirer largement les membranes, après décollement partiel du placenta si elles ne sont pas directement accessibles, non pas tant pour favoriser l'écoulement des eaux que pour supprimer et les tiraillements produits par les contractions utérines et par la région fœtale qui appuie, et du même coup le décollement et l'hémorrhagie.

Si, pendant le travail, malgré la rupture, le sang continue à couler, ce n'est plus alors le tiraillement du chorion resté adhérent à la caduque qui est en cause, mais le décollement direct par pression fœtale et la rupture est impuissante à elle seule ; il faut alors, si la tête n'est pas engagée, aller chercher un pied pour l'abaisser, en faisant la version par manœuvres combinées, considérant cet abaissement d'un pied moins comme devant remplir le rôle de tampon que comme agent de traction qui permet d'achever rapidement l'accouchement.

DEUXIÈME PARTIE

TAMPONNEMENT.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

L'idée d'opposer une digue au sang qui s'écoule des voies génitales a dû conduire les plus anciens accoucheurs à la pratique du tamponnement.

On a depuis longtemps remarqué que la présence de caillots retenus dans la partie supérieure du vagin et dans la cavité cervicale coïncidait avec la cessation de l'hémorrhagie. L'histoire de ce procédé, cependant, ne remonte pas au delà de l'époque où furent scientifiquement connues et décrites les présentations placentaires et les pertes graves qui les accompagnent.

Leroux (1776) fut le premier qui l'appliqua avec méthode, donna des observations sur son efficacité pendant la grossesse, et en posa formellement les indications. Hippocrate conseille bien quelque part contre les métrorrhagies des pessaires astringents et Paul d'Egine une éponge saupoudrée d'alun, et l'inventeur du tamponnement, raconte lui-

même qu'au XVIe siècle, Fabrice de Hilden et Hoffmann le pratiquèrent ; mais ce furent là des exceptions. et avant qu'il l'ait fait connaître, les accoucheurs étaient, nous l'avons vu, sous l'influence des idées régnantes sur l'insertion vicieuse et sur les causes de l'hémorrhagie, surtout partisans d'une intervention plus radicale, l'accouchement forcé.

Ceux d'ailleurs qui jusqu'alors s'étaient adressés au tampon, dans le double but de diminuer l'hémorrhagie en favorisant la formation de caillots oblitérateurs et de faire resserrer les orifices des vaisseaux, faisaient usage de liquides astringents, à l'action desquels ils prétendaient attribuer les bons effets de la méthode. L'accoucheur dijonnais montra que celle-ci ne pouvait agir que mécaniquement, par la compression exercée sur l'œuf et les parois vaginales.

« Ce moyen, dit-il (1), est des plus simples, il n'exige pas une longue préparation : on le trouve sans peine dans la cabane du pauvre comme dans le palais des grands. Il consiste à opposer une digue à l'écoulement du sang, par le secours de plusieurs lambeaux de linge ou d'étoupes, imbibés de vinaigre pur, dont on remplit le vagin, et qu'on introduit même quelquefois jusque dans la matrice quand les circonstances l'exigent ».

Après Leroux, son tampon fut modifié dans ses détails : les uns changèrent la substance, chacun voulut avoir la sienne ; c'est ainsi qu'on employa tour à tour l'agaric, l'étoupe, la laine en flocons, l'ouate en rouleau (Mme Boivin),

(1) Leroux, *Obs. sur les pertes de sang des femmes en couches*, 1876, Dijon.

des compresses pliées (Wigand). Puis on songea à remplacer le liquide dont il était imbibé, et alors défilèrent tous les hémostatiques : alun, perchlorure de fer, eau de Pagliari, citron (Moreau) dont le seul résultat était de tanner pour ainsi dire, la muqueuse vaginale et d'amener une rétraction des parois qui devenait une gêne pour l'accouchement. Quant à la manière d'appliquer le tampon, elle varia beaucoup aussi. Désormeaux se servait d'un carré de linge qu'il enfonçait jusqu'au col en le bourrant de charpie de façon à ce que les quatre coins restent hors la vulve ; les uns employaient le speculum, les autres le rejetaient ; les uns reliaient entre eux les bourdonnets de charpie en queue de cerf-volant, les autres les laissaient libres.

Mais le tampon classique devait subir bien d'autres modifications.

C'est ainsi que, vers le milieu de ce siècle, Miquel (d'Amboise), et Stein (de la Haye), préconisaient le système de Wellemberg, lequel n'était qu'une réminiscence de ce qu'avait proposé Rouget en 1807. Il consistait à introduire dans le vagin jusqu'au col de l'utérus, une vessie de cochon à laquelle s'adaptait un tube permettant de la gonfler une fois mise en place. Ce procédé fut perfectionné ; on substitua le caoutchouc à la vessie animale. Gariel et Braun firent construire l'un son pessaire, l'autre son colpeurynter, simples-poches sphériques en caoutchouc munies d'un tube de même substance, qu'on pousse, repliées sur elles-mêmes, dans le vagin, et qu'on gonfle ensuite, avec une seringue quelconque. Ces deux appareils agissent l'un et l'autre en comblant et distendant la cavité vaginale. Mais l'occlusion est moins complète que celle qu'on obtient avec le tampon

de Leroux ; car, malgré leur souplesse, ces poches de caoutchouc ne peuvent se mouler dans les culs-de-sacs et au pourtour de l'orifice utérin. Si elles sont peu gonflées, le liquide sanguin s'insinue le long de leurs parois ; si elles le sont suffisamment, il se collectionne derrière l'instrument et remplit les culs-de-sacs qu'elles sont impuissantes à combler. L'hémorrhagie persiste donc, soit qu'elle se fasse au dehors, soit qu'elle devienne seulement interne.

Tous les insuccès qu'on a eus avec eux ont été mis sur le compte du tampon en général.

Un accoucheur lyonnais, Chassagny, frappé de l'insuffisance de ces ballons, source de dangers par la fausse sécurité qu'ils donnent, imagina d'abord ce qu'il appela le *double ballon hémostatique.* Cet appareil se compose de deux ballons de caoutchouc, l'un utérin, mince, l'autre vaginal, plus épais, mis chacun séparément en communication avec l'extérieur par l'intermédiaire d'un tube spécial, disposition permettant à volonté de gonfler ou de dégonfler progressivement l'un ou l'autre de ces ballons, entre lesquels les lèvres du col se trouvent comme enchâssées et comprimées. L'auteur de cet appareil lui en a depuis substitué un autre qu'il a baptisé *élytro-ptérygoïde.* Il se compose d'une vessie de porc, maintenue dans le vagin par un anneau métallique et dont deux parties latérales viennent, en s'ouvrant, s'appuyer derrière les branches ischio-pubiennes tandis que la vessie, distendue par le liquide, pousserait un prolongement intra-utérin, prenant ainsi la forme d'un sablier à petite sphère utérine et à grosse sphère vaginale.

Le ballon Champetier de Ribes, utilisé aussi pour com-

battre l'hémorrhagie dans les cas de placenta *prœvia,* doit être introduit plié, dans l'intérieur même de l'œuf à l'aide de pinces spéciales, après la rupture des membranes ou la déchirure du délivre ; il agit en comprimant celui-ci sur la surface saignante et en dilatant le col ; placé entre la paroi utérine et le placenta, il ne pourrait qu'augmenter la perte. Ainsi se comportent également les *sac-violons* de Barnes, dont l'emploi fait partie du procédé de l'accoucheur anglais : ceux-ci sont portés en place au moyen d'une tige métallique reçue dans une petite poche ménagée sur une de leurs faces, et gonflés ensuite avec de l'air ou de l'eau.

Les ballons de caoutchouc présentent l'inconvénient qu'on reproche à tous les instruments de ce genre, et qui est grave ici en raison des circonstances qui motivent leur usage : ils s'altèrent facilement et par suite se rompent quelquefois au moment où l'on veut s'en servir ; de plus, étant donnée la difficulté où l'on se trouve de les avoir toujours sous la main, ils font encore, par leur absence, défaut au moment voulu. On les a accusés en outre de faciliter les changements de présentation et d'exagérer le décollement placentaire dans certains cas.

Le procès de ces ballons n'est d'ailleurs pas fini et la méthode dont ils sont les instruments n'est pas encore définitivement jugée.

La méthode de Leroux est certainement plus recommandable, car elle présente sur celle-là l'avantage d'avoir fait ses preuves, d'être d'un emploi plus simple et plus facile et, ce qui n'est pas non plus à dédaigner, d'être partout applicable. Nous lui donnons donc la préférence. Ce qui a

fait son mérite, c'est son application méthodique rigoureuse telle que les chefs de l'École obstétricale de Paris l'ont tour à tour enseignée, et telle que la majorité des accoucheurs français la pratiquent. Son succès dépend en effet de la façon dont elle est pratiquée.

CHAPITRE II

Application du tampon.

Les conditions nécessaires pour qu'un tampon soit efficace sont :

1° Que le souci de l'asepsie et de l'antisepsie les plus rigoureuses préside à son emploi.

2° Que la substance dont il est fait soit suffisamment perméable pour se laisser imprégner par les liquides antiseptiques et assez souple pour ne permettre, entre les éléments qui le composent, aucune solution de continuité.

3° Qu'il soit appliqué avec méthode.

4° Qu'il soit suffisant.

I. — Tous les éléments semblent ici conjurés pour faciliter la pullulation des germes, et la septicémie guette les femmes qui viennent d'échapper aux dangers de graves hémorrhagies : les touchers répétés, pratiqués en ville souvent par des personnes pour qui l'antisepsie est un luxe inutile et qui ne voient pas les terribles conséquences de leur négligence coupable ; les multiples interventions auxquelles donnent si souvent lieu, pendant la grossesse, l'accouchement ou la délivrance, les complications dues à la présence du délivre sur le segment inférieur, sont les occasions de l'introduction des micro-organismes pathogènes. Le col utérin dilaté, et quelquefois déchiré, l'œuf ouvert, surtout si le fœtus est mort, le délivre décollé, la plaie placentaire

rendue très accessible à l'ensemencement microbien par la situation qu'elle occupe dans la cavité utérine, sont autant de voies ouvertes à l'infection qui rencontre une proie facile dans une femme épuisée : ce sont aussi des portes ouvertes à l'absorption des liquides antiseptiques, toxiques pour la plupart, d'où la nécessité de n'employer ces solutions que très diluées.

Il est évident tout d'abord que si l'on introduit un tampon, même aseptique, dans un vagin qui regorge de microbes, on va enfermer, en quelque sorte, « le loup dans la bergerie », à plus forte raison si le tampon porte avec lui des germes infectieux. Grâce à cet état de réceptivité où se trouvent les nouvelles accouchées qui ont perdu beaucoup de sang, les accidents septiques évoluent chez elles avec une rapidité presque foudroyante, ainsi qu'en témoignent les anciennes observations.

Ce grave inconvénient du tampon d'hier, celui de produire la septicémie, qu'on lui a tant reproché, a disparu depuis l'introduction dans la pratique des accouchements, de la *méthode antiseptique*, immense et heureux progrès dû en grande partie aux efforts et à l'enseignement de M. le professeur Tarnier qui vient (1), dans un récent ouvrage, d'en tracer magistralement les règles.

Parmi les précautions de cet ordre à prendre, les unes concernent la femme, les autres l'opérateur, les autres enfin le tampon.

Avant de pratiquer le tamponnement, et après avoir vidé le rectum par un lavement, la vessie par un cathété-

(1) TARNIER, *De l'antisepsie et de l'asepsie en obstétrique*, Paris, 1894.

risme aseptique, il faudra procéder d'abord à une toilette vulvaire complète, puis à une injection vaginale. « Vous ne vous contenterez pas de faire passer simplement un liquide antiseptique dans le vagin, mais vous introduirez deux doigts dans ce canal et, pendant que le liquide, de préférence une solution de sublimé (à 1/5000) coulera, vous frotterez à plusieurs reprises les parois du vagin et du col pour bien en détacher toutes les mucosités ». (Tarnier, *loc. cit.*).

Ces précautions, qui sont celles qu'on doit prendre avant toute intervention de quelque importance par cette voie, sont, on le conçoit surtout de mise dans les cas qui nous occupent : elles ne seraient pas superflues avant même de pratiquer le toucher, en présence d'une perte de sang abondante dont les caractères peuvent faire soupçonner une insertion vicieuse. L'accoucheur, les ongles coupés ras, se désinfectera les doigts, les mains et les avant-bras par les procédés habituels (brossage au savon et au sublimé à 1/1000, lavage à l'alcool pour dissoudre les matières grasses, et à la solution de permanganate de potasse à 1/2000 afin d'achever la désinfection de la peau décolorée ensuite par le bisulfite de soude) ; alors seulement il sera prêt à appliquer le tampon.

II. — Pour préparer celui-ci, deux objets sont nécessaires, des bourdonnets et un corps gras. Les bourdonnets peuvent être faits de charpie ordinaire ou de coton hydrophile. Le coton nous semble préférable, parce que, ne s'effilochant pas comme la charpie, il rend plus facile la confection et plus tard l'enlèvement des bourdonnets entiers, chacun d'eux formant un tout compact. Pour être en me-

sure de l'appliquer immédiatement au moment voulu, il faut qu'il soit préparé à l'avance. Tout médecin qui se livre à la pratique des accouchements doit avoir chez lui un tampon tout prêt à être employé.

On se sera procuré une certaine quantité (500 grammes) de coton hydrophile aseptique (on le trouve aujourd'hui chez tous les pharmaciens), qu'il sera bon de suspecter et de faire passer de nouveau à l'étuve, ou tout au moins de faire bouillir dans une solution de sublimé à 1/1000 avant de s'en servir.

Avec cette ouate, étalée sur une lame de taffetas gommé préalablement trempée dans une solution antiseptique forte, les mains bien aseptisées, on fait, au nombre de 60 ou 80, des bourdonnets de la grosseur d'une noix ou d'un marron, qu'on lie avec un fil croisé aseptique afin de les rendre plus consistants et plus compacts, et qu'ils ne s'étirent pas pendant leur introduction. La moitié de ces bourdonnets devront, en outre, être munis chacun d'un fil long de 25 à 30 centimètres.

Il est préférable que ces derniers bourdonnets soient appendus à des fils séparés que fixés à un même fil en queue de cerf-volant, disposition qui rend leur introduction et surtout leur extraction plus compliquée. Les bourdonnets ainsi préparés seront conservés dans un bocal en verre hermétiquement clos et rempli d'une solution de sublimé à 1/1000.

Si l'on n'a pas de tampon préparé d'avance, il ne faut pas pour cela renoncer à une aussi précieuse méthode de traitement, car il sera partout possible d'en préparer un extemporanément et dans des conditions suffisantes d'a-

sepsie. Il suffira de prendre ce même coton, de faire les bourdonnets et de plonger ceux-ci dans une solution antiseptique avant de les introduire dans le vagin, si l'on n'a pas le temps de les faire bouillir. On peut encore à défaut d'ouate, se servir avec avantage de gaze antiseptique au sublimé, au salol, à l'iodoforme, sans oublier qu'avec ce corps, on peut craindre des dangers d'intoxication.

« Si vous êtes appelé dans un pays pauvre, sans ressources, où il n'y a ni ouate, ni gaze antiseptiques, procurez-vous du coton ordinaire qui n'ait pas encore servi (on en trouve chez presque toutes les couturières), ou, à défaut de coton, demandez de l'étoupe. Si vous en avez le temps, et vous l'aurez presque toujours, faites bouillir ce coton ou cette étoupe dans de l'eau phéniquée forte ou encore dans de l'eau simple additionnée de carbonate de soude ou de sel de cuisine, et, ce n'est qu'après avoir stérilisé par l'ébullition les bourdonnets d'ouate ou d'étoupe que vous serez autorisés à les introduire dans le vagin » (Tarnier, *loc. cit.*).

Que l'on se serve d'un tampon improvisé ou préparé à l'avance, quelques instants avant leur application, les bourdonnets sont retirés du liquide où ils séjournent, bien *exprimés*, et reçus dans un récipient contenant une assez grande quantité (500 grammes environ) de vaseline au sublimé (à 1/1000) dans lequel on les malaxe pour les bien imprégner du corps gras qui doit les cimenter les uns avec les autres et faire de leur groupement dans le vagin, une masse compacte imperméable au sang.

Tout est prêt. Mais quelle position donner à la patiente ; les Anglais préfèrent, comme pour la plupart des interven-

tions obstétricales, le décubitus latéral gauche, la cuisse droite fléchie ; certains accoucheurs se contentent de soulever le siège avec des alèzes pliées, en laissant la femme dans le décubitus horizontal. Il nous semble préférable de la mettre en position obstétricale, en travers du lit, le siège effleurant le bord du matelas et soulevé par un drap plié, les jambes fléchies sur les cuisses et celles-ci sur le bassin maintenues écartées par deux aides placés de chaque côté. L'accoucheur a ainsi plus de liberté dans ses mouvements ; celui-ci, assis entre les jambes de la femme, ayant à sa portée le vase contenant les bourdonnets enduits de vaseline, fait lui-même le lavage du vagin s'il n'a pas été fait plus tôt, après l'avoir vidé avec précaution des caillots qui peuvent s'y être accumulés et procède alors au tamponnement.

III. — Se passant du spéculum, bivalve ou univalve, qui est plutôt gênant qu'utile, car il empêche de bien placer les boulettes d'ouate et peut les déranger quand on le retire, l'opérateur introduit, sans trop les enfoncer, l'index et le médius de la main gauche dans le vagin, les maintient étendus et les écarte légèrement en appuyant assez fortement sur la fourchette : il entr'ouvre ainsi la vulve et tend les parois vaginales de façon suffisante pour permettre à la main droite d'introduire, en toute liberté et sans être gênée par la gauche qui s'efface, les bourdonnets au fond du vagin. Prenant donc d'abord un à un ceux des bourdonnets armés d'un fil, il les pousse les premiers les uns à la suite des autres en commençant par en mettre quelques-uns dans le col et même au-dessus du col si celui-ci est suffisamment perméable, puis remplit, en les pres-

sant les uns contre les autres, exactement et consciencieusement les culs-de-sacs vaginaux. « Ce qu'il faut obtenir, c'est l'occlusion complète du fond du vagin, entasser les bourdonnets dans l'espace laissé libre entre les lèvres de l'orifice utérin, dans les culs-de-sac, de manière à constituer une véritable couronne autour du col, à l'enserrer entre un noyau central et un talus périphérique de telle sorte que pas le moindre espace ne reste vide » (Auvard, *loc. cit.*).

Après ceux-ci, vient le tour des bourdonnets libres, qu'on entasse de même du mieux qu'on peut sans laisser un seul point inoccupé.

IV. — C'est seulement quand tout le vagin est rempli et considérablement distendu, faisant bomber le périnée, et ses parois latérales touchant celles du petit bassin, que le tampon met réellement un obstacle infranchissable à l'écoulement du sang. Le nombre de bourdonnets nécessaires pour arriver à ce résultat, varie naturellement avec le degré de souplesse que présentent en raison de l'âge de la grossesse et surtout du nombre d'accouchements antérieurs, les parois vaginales.

Arrivé à la vulve, on ne s'arrête pas, on surajoute une nouvelle quantité de boulettes, que M. Bailly appelle bourdonnets de soutien. Les derniers placés doivent donc dépasser le bord libre des grandes lèvres. Mais un pareil tampon ne serait pas efficace s'il pouvait se déplacer et descendre, car alors il se produirait un vide entre les culs-de-sac et les boulettes premières placées, espace où le sang pourrait s'accumuler. Ceci ne manquerait pas d'arriver si le tampon était abandonné à lui-même ; sous l'influence

des mouvements de la femme, des contractions de l'utérus et des muscles abdominaux, de la descente de la partie fœtale, les bourdonnets s'échapperaient petit à petit.

Aussi est-il nécessaire qu'il soit solidement fixé. Pour atteindre ce but, il suffit d'appliquer sur le périnée et la vulve un large et épais gâteau d'ouate aseptique préalablement trempée dans une solution antiseptique, et, par dessus le tout, un bandage en T bien serré, ou fixé par des bretelles, comme le conseille M. Guéniot.

Le tampon est appliqué. Combien de temps faut-il le laisser en place ? Barnes ne le laissait jamais plus d'une heure ; Bailly ne l'enlevait qu'au bout de 24 heures. M. le professeur Tarnier enseigne qu'il faut l'enlever au bout de 12 heures, s'il n'a pas été indiqué de l'ôter plutôt, parce que, au-delà de ce temps, la femme est exposée, du fait de la compression, à des eschares et à des accidents infectieux consécutifs.

Il est impossible d'assigner à ce sujet une règle fixe. On peut dire, d'une façon générale, qu'il y a tout intérêt à laisser le plus longtemps possible, sans toutefois dépasser le délai de 12 heures, le tampon appliqué, car il y aurait du danger à le retirer trop souvent, l'hémorrhagie pouvant recommencer chaque fois.

On peut se demander aussi si l'on doit laisser la femme accoucher spontanément d'abord du tampon, puis de son enfant. Telle était la conduite de Pajot. Depaul conseillait d'enlever le tampon quand se manifestent les douleurs expulsives, de manière à terminer l'accouchement le plus vite possible, par le forceps ou la version. Si le fœtus a succombé et que les contractions utéro-abdominales sont

énergiques et rapprochées, on pourrait laisser le tampon en place ; si elles sont rares et qu'il y ait urgence, pour avoir un enfant vivant, sans compromettre l'existence de la mère, de terminer l'accouchement, peut-être conviendrait-il de l'enlever.

Chaque cas particulier ayant ses indications spéciales, dont le clinicien peut être seul juge, il est difficile de choisir *a priori* entre les opinions émises à ce sujet, aucune statistique n'existant pour établir leur valeur relative.

Si au bout de 10 ou 12 heures d'application, le tampon n'a pas été retiré, on l'enlève donc, et on examine l'état du col ; si l'hémorrhagie est arrêtée, on laisse la femme au repos en la soumettant à une active surveillance, et en se tenant prêt à réappliquer un nouveau tampon à la moindre hémorrhagie.

On peut ainsi faire plusieurs applications successives. Mais il est habituel que, après le premier ou le deuxième tampon, il se soit produit du côté du col des modifications qui permettent de terminer l'accouchement. Pour retirer le tampon il faut prendre de grandes précautions afin de ne pas détacher les caillots dont il a amené la formation et pour cela enlever un à un les bourdonnets, en saisissant par leur fil ceux qui en sont armés.

CHAPITRE III

Mode d'action du tampon.

« Le tampon bien appliqué, dit M. le professeur Tarnier (*loc. cit.*), oppose une digue au sang qui s'écoule de l'utérus ; ce sang s'accumule alors dans l'espace compris entre l'œuf et le tampon, s'y coagule, et la coagulation, en remontant de proche en proche, gagne les orifices des sinus utérins ouverts, ce qui arrête l'hémorrhagie ». Le tampon agit donc mécaniquement ; il agit indirectement par l'intermédiaire des caillots dont il amène la formation, lesquels non seulement opposent une digue à l'issue du sang, mais jouent le rôle de corps étranger dont la présence excite ou provoque les contractions utérines. Le tampon, par conséquent, est non seulement un excellent agent de l'hémostase, mais jouit encore de propriétés eutociques.

Tampon agent d'hémostase.— Sur les 47 cas de sa statistique où le tampon fut appliqué seul, M. Auvard a trouvé que 31 fois il arrêta complètement l'hémorrhagie et 16 fois ne permit celle-ci qu'en petite quantité, en s'imbibant, ce qui ne saurait être sérieusement considéré comme une hémorrhagie mettant en danger les jours de la femme.

Dans les observations que nous avons recueillies le tampon remplit toujours efficacement sa tâche en ce qui concerne l'hémorrhagie.

Tampon agent de la contraction utérine. — On sait que Schœller, ayant assisté à plusieurs tamponnements pratiqués à la Maternité de Paris, fut frappé de la fréquence des cas où la présence des bourdonnets dans le vagin amenait le début du travail et songea à se servir de ce moyen pour provoquer l'accouchement artificiel. Le tampon en effet fait le plus souvent naître des contractions utérines surtout si l'on a eu soin de placer quelques boulettes dans le col de l'utérus : ce résultat n'a rien de surprenant, car nous savons que c'est au niveau du col que siègent surtout les terminaisons nerveuses d'où partent les réflexes qui mettent en jeu la contractilité de tout l'organe.

Grâce à ces contractions utérines, le col se dilate et la partie fœtale s'engage ou tout au moins tend à s'engager si ce n'est pas une épaule. Cette dilatation a bien pour effet d'augmenter le décollement placentaire, les membranes étant intactes, mais le tampon n'est-il pas là pour s'opposer à la fois à l'issue du sang qui s'écoule de la partie déjà décollée et de celle dont il cause indirectement le décollement d'ailleurs fatal, apportant à la fois si l'on peut dire, le remède avec le mal. Dans 20 observations citées par M. Auvard, le travail est apparu en général dans les 12 heures qui suivirent l'application du tampon. On a cité des faits, cependant, où les contractions furent beaucoup plus longues à se produire et même où la grossesse pût suivre son cours.

CHAPITRE IV

Reproches adressés au tampon.

La méthode de Leroux, accueillie en France avec faveur, n'a pas trouvé grâce devant les critiques, et les objections sont venues en foule, de l'étranger surtout.

Nous les trouvons formulés par Klotz (1), Ahlfeld (2), Wyder (3).

Quelques accoucheurs français ne sont pas non plus partisans de ce procédé. M. le professeur Pinard (4), en particulier, est un adversaire déclaré du tampon.

Demangeon (5) lui avait adressé déjà d'amères reproches, mais qui manquent un peu de précision :

1° « Non nisi sublata causa tollitur effectus ;

2° Obturamentum vires non addit, sed detrahit ;

3° Non compescit motus, sed auget ;

4° Obturamentum causas morbi presentes non oppugnat, nec supervenientibus praecavet, sed novas adfert ;

5° Jactras non reparat, sed preparat ».

Sans vouloir reprendre en détail le procès du tampon,

(1) Klotz, *Centralblatt für Gynœcol.*, 1890, n° 15.

(2) Ahlfeld, *eod. loc.*, 1888, n° 1.

(3) Wyder, *Correspond. blatt furt Schweitzer Artze*, 1890, page 441.

(4) Pinard, Leçon clinique sur le traitement de l'insertion vicieuse du placenta, *Echo médical*, 1888, p. 345 et 347, 1890, n° 78.

(5) Demangeon, *De fallaci atque nocuo obturamenti in hem. ut. cohibendis usu*, Paris 1803.

rappelons, sans citer leur origine, les principales objections qui lui sont faites :

1° Le tampon est d'une exécution difficile et par suite est souvent mal fait. — Nous avons vu plusieurs fois pratiquer le tamponnement de Leroux, nous l'avons pratiqué nous-même et nous avons pu constater qu'il n'offrait pas plus de difficulté qu'une opération obstétricale quelconque, forceps ou version et souvent moins que les autres procédés de traitement de l'hémorrhagie, la rupture des membranes par exemple ou la version de Braxton-Hicks.

La difficulté d'exécution, d'ailleurs, existât-elle que ce ne serait pas, ce nous semble, un motif pour y renoncer, mais seulement une raison pour s'appliquer à la mieux connaître ; que s'il est souvent mal pratiqué, et insuffisant, si l'on se contente par exemple de mettre dans le vagin cinq ou six tampons qui ne remplissent qu'imparfaitement le but qu'on se propose, la faute n'en est pas à la méthode, mais à l'opérateur. On n'a qu'à le bien faire. Mais dit-on, si la méthode est facile à mettre en œuvre, dans un service d'accouchements, où l'on a tout sous la main, tampon préparé à l'avance, aides expérimentés, il est irréalisable en clientèle privée, surtout à la campagne où l'on est souvent pris au dépourvu.

C'est un inconvénient qu'offrent toutes les interventions d'urgence pratiquées loin d'une salle d'opérations, dans des conditions qui, en somme, sont celles qui se présentent, à chaque pas dans la pratique. Y renonce-t-on pour cela ? Le reproche a peut-être plus de valeur pour l'opération qui nous occupe. Sans doute, le praticien ne peut pas

voyager avec un bocal rempli de bourdonnets. Mais nous avons vu, en parlant des préparatifs du tampon, qu'il est le plus souvent facile de remédier à cet inconvénient. Mettant les choses au pire, ne trouve-t-on pas partout du linge propre et de quoi le faire bouillir et le médecin n'a-t-il pas sur lui ce qu'il faut pour préparer séance tenante une solution antiseptique, avec les paquets de sublimé sans lesquels, j'imagine, il ne franchit plus aujourd'hui le seuil d'une parturiente. Que si, pressé par l'urgence de l'indication, l'on n'a pu appliquer qu'un tampon d'attente, pendant qu'il restera en place, on aura tout le temps d'en préparer un autre, celui-ci irréprochable. Et ce n'est pas justement un des plus minces avantages du tampon que d'être, ainsi que l'avait déjà dit son inventeur, à peu près partout praticable. « Il présente, dit M. le professeur Tarnier de grands avantages dans la clientèle de la ville, mais il est surtout précieux dans la pratique rurale où des soins permanents font défaut, et où il faut aviser au plus pressé. Moins la surveillance de la femme est continue, et plus s'impose la nécessité du tamponnement ».

2° Il n'atteint pas le but qu'on se propose. — Arrête-t-il l'hémorrhagie ? Dans la plupart des cas, nous l'avons vu, s'il est bien fait, le tampon met obstacle à l'écoulement sanguin en dehors des parties génitales. On a fait remarquer que, sous l'influence des contractions, le tampon s'abaissait, laissant entre lui et les culs-de-sac un espace vide où le sang s'accumulait ; on a dit que l'hémorrhagie externe se transformait en hémorrhagie interne : il faudrait pour cela que l'œuf fût ouvert et le liquide amniotique écoulé. Des faits ont été cités où l'on aurait

observé l'un ou l'autre de ces accidents. En tout cas, ils ne sont notés dans aucune statistique, et nous n'en avons pas vu d'exemple dans les observations. Cette objection, théoriquement sérieuse et séduisante *à priori* n'a donc aucune valeur au point de vue pratique. Repoussée par différents accoucheurs, M. Bailly s'élève vivement contre elle : « Cette crainte (de l'hémorrhagie interne), dit-il, je l'ai entendue exprimer non seulement par des élèves, mais par des hommes possédant une certaine expérience des accouchements. Eh bien, je ne crains pas de l'affirmer, c'est là une erreur considérable, une erreur funeste, qui a fait bien des victimes, et contre laquelle on ne peut trop s'élever » (1).

Le tampon a-t-il toujours une influence sur les contractions utérines ?

Il provoque celles-ci dans la plupart des cas, nous l'avons vu, presque toujours s'il est appliqué pendant le travail, et souvent avant tout début de travail.

Un ennemi du tampon, Seyfert (1852) le place dans un singulier dilemne. On attribue, dit-il, au tampon deux mérites, de provoquer l'accouchement et d'arrêter l'hémorrhagie. Or, l'hémorrhagie et le travail marchent de pair ; si le tampon arrête l'hémorrhagie, il ne peut provoquer le travail ; ou, s'il provoque le travail, il ne peut qu'augmenter l'hémorrhagie.

L'objection de l'auteur allemand n'est que spécieuse. La relation qu'il établit n'est pas constante, et le serait-elle que le tampon ne saurait être responsable d'une hémorrhagie fatale dont il n'est pas la cause directe et qu'il arrête d'ailleurs à mesure qu'elle se produit, ainsi que nous l'a-

(1) Bailly, *Bulletin de thérapeutique*, 1876.

vons dit en parlant du tampon agent de la contraction utérine.

3° Le tampon est la cause d'accidents, locaux ou généraux. — A. *Accidents généraux.* — Nous venons de voir que le reproche adressé au tampon d'exagérer la perte et de transformer l'hémorrhagie externe en hémorrhagie interne n'est pas fondé ; favorise-t-il davantage les hémorrhagies de la délivrance en exposant à l'inertie utérine et en imposant par suite l'extraction artificielle du placenta avec toutes ses fâcheuses conséquences ? Nous n'avons trouvé aucune observation où cet inconvénient fût signalé. Les adversaires du tampon lui reprochent aussi de produire la septicémie. Théoriquement, s'il est pratiqué avec l'antisepsie et l'asepsie voulues, réalisées chez la femme, l'opérateur et le tampon lui-même, il est difficile, à moins d'admettre la génération spontanée, de supposer qu'il puisse être une cause d'infection. Ces auteurs, se fondent, pour appuyer leurs dires, d'une part, sur la fréquence des accidents infectieux chez les femmes traitées par cette méthode et d'autre part sur les recherches entreprises en Allemagne relativement à la bactériologie du tampon.

Mais les faits cliniques que l'on invoque sont antérieurs à la période antiseptique. En effet les péritonites, les métrites et autres inflammations auxquelles les femmes succombaient souvent et que les anciens accoucheurs observaient sans pouvoir les expliquer, étaient fréquentes alors. Mais ces faits n'ont plus aujourd'hui aucune valeur et ne nous apprennent rien au sujet de la possibilité de l'infection avec un tampon aseptique. Avec ce dernier au contraire, on n'a jamais, jusqu'à présent, observé d'accidents

septicémiques. M. le professeur Tarnier a fait connaître, dans son cours de la Faculté en 1885, une statistique de 30 cas de tamponnement pratiqué à la Maternité et sur lesquelles il n'y a pas eu un seul cas de mort par infection puerpérale, les 3 décès survenus se rapportant à deux femmes tamponnées en ville et à une amenée mourante à l'hôpital. De même M. Auvard cite, dans sa thèse d'agrégation 18 observations de tamponnement pratiqué à la Maternité de 1882 à 1885. Sur ces 18 cas, deux femmes succombèrent, l'une, profondément albuminurique à son entrée, fut emportée au bout d'un mois avec des symptômes urémiques, l'autre, incomplètement traitée en ville, arrivée exsangue, expira quelques instants après la délivrance. Dans nos observations, nous voyons également que les terminaisons fatales ne sauraient en aucune façon, être attribuées à la méthode. Nous reviendrons sur ces cas en parlant des résultats obtenus.

Les faits jugent donc l'objection.

Quant aux recherches expérimentales entreprises par Koch (1) sur l'action septique du tampon « elles sont, dit M. Tarnier, tout aussi incapables d'entraîner la conviction, car les conditions dans lesquelles elles ont été faites diffèrent essentiellement de celles d'un tamponnement aseptique » : le professeur d'Heidelberg a trouvé qu'aucun antiseptique à des doses utilisables en clinique, n'était capable d'arrêter le développement des micro-organismes dans de l'ouate imbibée de sang mélangé de sécrétions vaginales. Nous ne savons pas si l'ouate, le sang, les sécré-

(1) *Centralblatt f. Gynæk.*, 1885.

tions n'étaient pas primitivement imprégnés de germes : et il est tout naturel dans ce cas que les cultures aient été fertiles.

Mais le fait clinique nettement établi de l'innocuité du tampon *aseptique* pratiqué dans un vagin *aseptique* par des mains *aseptiques*, au point de vue de l'infection, n'en reste pas moins debout en dépit de recherches de laboratoire qui auraient besoin d'être contrôlées et qui, malgré tout l'intérêt qu'elles présentent, n'ont de valeurs qu'autant qu'elles sont d'accord avec les faits observés *in vivo*.

B. *Accidents locaux. — On risque de blesser le segment inférieur quand on veut extraire l'enfant par la version immédiatement après avoir retiré le tampon.*

Mais cette extraction rapide ne fait pas partie de la méthode laquelle n'implique nullement que l'on ne devra pas attendre pour intervenir la dilatation complète, obtenue par le tampon lui-même ou achevée par la rupture des membranes et un ballon dilatateur ou l'abaissement d'une partie fœtale.

Nous n'avons trouvé aucun accident de ce genre. Le reproche d'ailleurs peut aussi bien être adressé aux autres méthodes de traitement et avec plus de raison encore : on risquera toujours de déchirer le segment inférieur si l'on pratique une manœuvre rappelant de près ou de loin l'accouchement forcé.

Le tampon peut produire des plaies du vagin.

Cet accident ne saurait arriver qu'à des maladroits auxquels il serait bon de rappeler que l'application de la méthode, si elle demande une certaine patience et cause parfois quelque fatigue à l'opérateur, n'en exige pas moins de

sa part une douceur qui exclut la force voisine de la brutalité.

Trop longtemps appliqué le tampon peut amener :

Une rétention d'urine et des matières fécales ;

La mortification des parois du vagin.

On n'aura pas à redouter ces accidents si l'on veille à ne jamais laisser en place le tampon plus de 12 heures, si l'on a soin d'évacuer le rectum et la vessie avant de procéder à son application, et, en cas de besoin, entre chaque tamponnement si l'on en pratique plusieurs successivement. Le cathétérisme de l'urèthre est d'ailleurs possible malgré la présence du tampon.

Dans les observations de la Maternité rapportées par M. Auvard, il y eut plaie vaginale dans deux cas où le tamponnement avait été pratiqué au dehors, et eschares du vagin dans un cas où la vessie de Gariel avait été laissée 72 heures en place et dans un autre où le tampon de Leroux, appliqué à plusieurs reprises, avait été laissé une fois 18 heures et remplacé par le double ballon de Chassagny.

Le tampon est insupportable parce qu'il détermine de la douleur. — Sans doute le tampon qui, pour être efficace doit distendre fortement le vagin, comprimant ses parois contre les os du bassin, refoulant la vessie en avant et aplatissant le rectum en arrière, devient, au bout de quelques heures, assez douloureux chez nombre de femmes. Mais cette douleur est tolérable. Si, chez certaines à système nerveux irritable, il provoque un véritable ténesme vésical ou anal, est-il donc contre-indiqué de calmer ces sensations douloureuses quelquefois des plus pénibles et qui pourraient compromettre l'efficacité du tampon par les

mouvements et les efforts involontaires d'expulsion qu'elles provoquent chez les patientes, par l'usage, à dose modérée, de l'opium administré par la voie stomacale ou les injections sous-cutanées de morphine. Mais, il est bien exceptionnel que la douleur soit assez vive pour obliger à renoncer au moyen de traitement qui la fait naître, et les femmes la tolèrent très bien le temps nécessaire si l'on fait appel à leur courage et si on leur fait comprendre, sans les effrayer, le danger auquel elles sont exposées du fait de leur perte qui ne doit s'arrêter qu'à ce prix. C'est donc là un faible inconvénient de la méthode en comparaison des avantages qu'on en retire: suppression à peu près constante de l'hémorrhagie, provocation fréquente des contractions utérines et accélération du travail. Depuis qu'il ne saurait plus raisonnablement être question des accidents infectieux qu'il déterminait jadis, le tampon est un moyen sûr, facile, toujours praticable ; aucun accident grave ne saurait désormais lui être imputé, à condition qu'il soit *bien fait*, *bien appliqué*, et *parfaitement aseptique*.

CHAPITRE V

Le tampon comparé aux autres méthodes.

Nous n'avons pas l'intention, quelque tentante que soit cette étude, de faire un parallèle entre les méthodes proposées pour le traitement des hémorrhagies liées à l'insertion vicieuse du placenta. Cette comparaison, au moyen des chiffres fournis par les statistiques, est réellement impossible. On ne peut mettre en balance les résultats obtenus avant l'introduction de l'antisepsie en obstétrique par un procédé avec ceux qu'il donne aujourd'hui ; et d'autre part quelque habileté qu'on mette à les rapprocher, les cas diffèrent trop les uns des autres, en dehors de toute tentative d'intervention pour qu'on puisse songer à entreprendre une pareille besogne.

C'est dire que parmi ces différentes méthodes que nous venons de passer en revue, il est bien difficile à l'accoucheur de faire un choix, aucune d'elles, d'ailleurs, ne répondant à toutes les indications qui se peuvent rencontrer en clinique. Le tamponnement est peut-être le procédé qui serait applicable au plus grand nombre de cas.

L'*accouchement forcé,* qui faisait perdre aux anciens accoucheurs plus de la moitié des femmes et les deux tiers des enfants, est aujourd'hui abandonné. Personne à l'heure actuelle n'oserait pénétrer avec effraction dans un utérus gravide et violenter un col si vasculaire et si fragile. Il en

est de même de la méthode de Simpson, tout aussi impraticable que celle-ci, et à laquelle son auteur lui-même a fini par renoncer.

La *méthode de Barnes*, en dépit des bons résultats obtenus par Murphy ne semble pas exempte de reproches ; le décollement artificiel du délivre est la cause d'une recrudescence de l'hémorrhagie qu'il veut combattre et d'ailleurs, s'il peut être facilement praticable tant que le col garde sa longueur, il n'en est plus de même sans doute, et le moyen devient illusoire quand la cavité cervicale s'est ajoutée au segment inférieur : comment admettre en effet que le doigt puisse encore atteindre à 8 centimètres au delà des limites de l'ancien orifice interne, alors que celles-ci sont elles-mêmes distantes de plusieurs centimètres des bords du col effacé en voie de dilatation. Comme cette méthode n'est pas beaucoup pratiquée et qu'aucun travail d'ensemble n'a paru à son sujet, nous gardons envers elle une réserve obligée.

Quant à l'*accouchement prématuré, provoqué par Greenhalgh* au moyen d'un colpeurynter à la première apparition de l'hémorrhagie révélatrice d'une insertion vicieuse, il est obtenu avec toutes les méthodes.

Ce n'est donc pas un procédé spécial. Le même but est atteint, sans être cherché, par la rupture des membranes et par le tampon de Leroux, comme par les sacs de Barnes. Mais on peut se demander si, une fois le diagnostic d'insertion vicieuse certain, avant toute hémorrhagie, il ne conviendrait pas de provoquer cet accouchement prématuré dans le but d'épargner à la femme ces pertes presque inévitables et quelquefois si dangereuses. C'est une question

difficile à résoudre, et l'accoucheur hésitera sans doute à endosser la responsabilité de l'hémorrhagie qui ne manquerait pas de se produire au moment du travail.

D'ailleurs, bien rares doivent être les circonstances où la présence du délivre sur le segment inférieur peut être affirmée d'une façon précise, précisément en l'absence du signe le plus caractéristique de cette anomalie.

Nous ne ferons que citer la méthode de Kristeller, l'expression du fœtus, pendant l'accouchement, pratiquée dans le but de tarir l'hémorrhagie en favorisant son engagement et son expulsion, de Cohen, qui n'est que le procédé de Puzos appliqué aux cas où les membranes ne sont pas directement accessibles, et qui consiste à décoller l'arrière-faix d'un côté, à rompre et à détacher les membranes du bord de la partie décollée, transformant ainsi l'insertion centrale en insertion latérale.

Celles de Seyfert (infections vaginales) et de Wigand (version céphalique par manœuvres externes) préconisée par M. le professeur Pinard (1) qui en a posé nettement les indications dans l'insertion vicieuse, ne sont que des adjuvants dans le traitement du placenta prœvia et ne sauraient à elles seules mériter le nom de méthodes.

En somme, les théories diverses que nous avons vues se succéder et par lesquelles on a cherché à expliquer le mécanisme de l'hémorrhagie, peuvent être ramenées à deux opinions qui méritent d'être retenues, ayant eu pour conséquences deux procédés dans la pratique : les partisans de l'*accroissement* du segment inférieur et de l'*expansion* uté-

(1) Pinard, *Traité du palper abdominal*. Paris, 1878.

rine, sans espoir d'action directe sur la perte du sang, lui ont opposé une barrière infranchissable avec le *tampon* ; ceux du *glissement* de l'utérus sur l'œuf et du *tiraillement* des membranes se sont adressés à la *rupture* de celles-ci, considérant que le plus sûr moyen d'arrêter l'écoulement sanguin était de supprimer la cause à laquelle ils attribuent sa production.

La méthode de Braxton-Hicks procède de toutes les deux à la fois et elle pourrait se prévaloir de leurs avantages.

D'après une statistique empruntée à divers auteurs en Allemagne, où cette méthode est surtout en honneur, Mlle Dylion (thèse de 1890) sur 477 cas où la version combinée a été mise en œuvre, a compté 39 décès, soit 8,17 0/0 de mortalité maternelle, et sur 408 de ces cas où il est fait mention du sort de l'enfant, celui-ci succomba 229 fois, soit 60 0/0. Cette méthode a l'avantage d'être praticable à une période de la grossesse où ne l'est aucune autre, sauf le tampon ; mais si elle n'exige en outre aucun instrument spécial, ce qui est encore en sa faveur, elle réclame l'emploi des anesthésiques généraux souvent indispensables pour l'exécution des manœuvres qui la constituent. Or nous savons que cet emploi est contre-indiqué dans les cas où la femme a perdu une notable quantité de sang, et est déjà, de ce fait, prédisposée à la syncope. Dans ces circonstances, la version mixte exposera la parturiente aux mêmes dangers par l'abondance de l'écoulement sanguin qui se produit presque toujours au moment de l'opération. D'un autre côté, sans chloroforme, l'exécution peut en être difficile, quelquefois même impraticable si l'insertion du placenta est centrale, si l'enfant est volumineux ou la partie

fœtale déjà engagée, si les membranes sont rompues depuis quelque temps et que l'utérus est vide de liquide. L'obligation de maintenir longtemps la patiente en position obstétricale, de lui faire subir une série de malaxations utérines, n'est peut-être pas sans danger pour elle.

Avec Depaul et Paul Dubois, Braxton-Hicks préconisait, comme hémostatique et comme eutocique, l'emploi de l'ergot de seigle, abandonné d'ailleurs par la plupart de ceux qui pratiquent sa méthode, et rayé aujourd'hui, pour le plus grand bien des parturientes et de leurs enfants, de la thérapeutique obstétricale, tout au moins tant que la matrice n'est pas débarrassée de son contenu.

Nous ne reprocherons pas à ce procédé de favoriser les déchirures du col utérin dont seuls sont responsables les disciples du célèbre accoucheur anglais qui n'ont pas voulu rester fidèles à l'enseignement du maître. Nous avons vu, en effet, celui-ci recommander l'expectation la plus rigoureuse à partir du moment où un pied a été abaissé à la vulve. Il ne faut pas non plus lui tenir rigueur parce qu'il s'accompagne d'une mortalité fœtale assez élevée : c'est un reproche que les partisans de chaque méthode ont coutume d'adresser à celles qu'ils n'emploient pas et que toutes méritent également.

La méthode de Braxton-Hicks a donc donné d'excellents résultats entre les mains d'opérateurs habiles, mais nous ne croyons pas qu'elle soit à la portée de tous ceux qui pratiquent l'art des accouchements, elle présente le grand inconvénient d'exiger l'anesthésie, et elle n'est pas toujours praticable.

La *méthode de Puzos*, qui partage aujourd'hui dans

notre pays avec le tampon la faveur des praticiens, demande, d'après ses partisans, pour être pratiquée dans des conditions de sécurité suffisantes, la réunion des circonstances suivantes :

1° Du côté de la mère : un état général satisfaisant, tel qu'on n'ait pas à redouter de syncope par une perte même légère ou par l'évacuation brusque de l'utérus ; un bassin normal, afin que rien ne s'oppose à l'engagement de la partie fœtale qui doit remplir, en appuyant sur le segment inférieur, au niveau de la portion placentaire déjà décollée et sur laquelle la rupture, impuissante à elle seule à tarir l'hémorrhagie, est sans action directe, l'office d'un véritable tampon interne ;

2° Du côté de l'enfant, par conséquent, une présentation qui puisse jouer ce rôle, c'est-à-dire le sommet, plus favorable car il s'engage de bonne heure, et agit directement, étant sphérique, dure et incompressible, ou un siège décompleté mode des pieds ou des genoux, la conicité des membres inférieurs abaissés à travers l'orifice utérin atteignant le même but. Il faut de plus que le fœtus soit vivant, car sa mort exposerait à la putréfaction si rapide comme sa macération qui d'autre part ferait perdre à l'extrémité céphalique ramollie et diffluente les qualités requises pour constituer le tampon naturel.

3° Il faut que le col soit suffisamment dilaté pour permettre d'une part à l'opérateur d'atteindre les membranes sans forcer celui-ci, et d'autre part à la présentation favorable de comprimer, en se moulant sur lui, le segment inférieur.

4° Le travail doit être suffisamment avancé et les con-

tractions utérines assez énergiques et répétées pour que l'engagement soit possible à bref délai.

5° Enfin il est indispensable d'avoir affaire à une insertion partielle ou latérale, la rupture des membranes étant impraticable avec une insertion centrale où l'on serait obligé au préalable de décoller le placenta sur une étendue et dans un sens qu'on ignore, ouvrant ainsi de nouveaux sinus utérins et augmentant l'hémorrhagie qu'on veut combattre.

Dans tous les autres cas, c'est au tampon que nous croyons qu'il faut recourir d'abord parce qu'il répond bien à l'indication urgente qui est de mettre un terme à l'écoulement du sang. Le but à atteindre est d'amener l'oblitération des orifices vasculaires, de réveiller ou d'accroître les contractions utérines, de dilater le col. Ce triple résultat est obtenu avec ce seul moyen qui permet d'éviter les manœuvres quelquefois compliquées, dangereuses dans certaines circonstances et pas toujours praticables auxquelles on est obligé d'avoir recours avec le procédé de Barnes, la version de Braxton-Hicks ou même l'ouverture de l'œuf.

M. le professeur Pinard conseille, pour éviter les tiraillements auxquels il attribue l'hémorrhagie avant le travail, de rompre largement les membranes à la première apparition de celle-ci, après avoir eu soin, par des manœuvres externes, d'amener la tête au détroit supérieur et de l'y maintenir si la présentation est vicieuse; si cette mauvaise présentation n'a pu être modifiée, il va, pendant le travail, à la recherche d'un pied pour l'abaisser à la vulve afin d'être prêt à terminer l'accouchement si l'état de la

femme l'exige. L'éminent accoucheur affirme n'avoir jamais éprouvé de difficulté à pénétrer dans le col et à atteindre les membranes, n'ayant jamais rencontré d'insertion centrale. Les résultats ainsi obtenus seraient très favorables.

Mlle Dylion, cite, dans sa thèse, sous forme de tableau, une statistique résumée de 52 observations de rupture artificielle pratiquée à Lariboisière et à la clinique Baudelocque, et parle de 59 cas où la femme ne succomba qu'une fois.

Nous ne savons sur quelle base l'auteur s'appuie pour arriver à ses conclusions, car l'étude de sa statistique nous montre que la rupture artificielle a été trois fois précédée du tamponnement, qu'elle a été faite 3 fois à dilatation complète, 11 fois avec une dilatation de la grandeur d'une pièce de cinq francs, une fois avec une dilatation égale à une paume de main, qu'elle fut spontanée dans 8 cas. De plus, dans 21 des observations, la dilatation n'est pas indiquée au moment de l'intervention.

Tous ces cas se rapportent, en outre, à des insertions marginales, et nous savons que c'est dans les variétés centrales que les hémorrhagies sont le plus difficiles à arrêter et le plus dangereuses pour la mère et l'enfant : ce sont ces cas graves qui viennent d'ordinaire noircir les statistiques. Les observations où la rupture spontanée eut lieu en dehors de toute intervention, ne sauraient être mises à l'actif de la méthode, pas plus que nous ne voudrions citer en faveur de celle de Leroux, les cas où l'hémostase se fait d'elle-même mais par le même mécanisme (formation de caillots oblitérateurs) que si le tampon avait été appliqué.

Doit-on compter aussi les observations ayant trait à des ruptures artificielles pratiquées à la dilatation complète ou à une période avancée du travail. Nous ne le pensons pas, puisque la même conduite doit être suivie par les partisans du tampon.

Nous avions donc raison de dire que les statistiques sont un mauvais moyen pour juger une méthode.

Quoi qu'il en soit, ces remarques faites, d'après les 59 cas dont nous venons de parler, la mortalité pour les mères a été de 1,69 0/0 et pour les enfants de 39,3 0/0, élimination faite des fœtus déjà morts avant toute intervention.

CHAPITRE VI

Indications du tampon.

1° **Etat général de la malade.**— En présence d'une hémorrhagie due à l'insertion vicieuse du placenta, l'accoucheur, après s'être renseigné sur les caractères des pertes sanguines, leur fréquence, leur abondance, doit tenir grand compte du retentissement qu'elles ont eu sur l'état général de la parturiente, du *terrain* sur lequel il va opérer. Les hémorrhagies ne sont *graves* qu'autant qu'elles ont mis à mal la femme qui en a fait les frais et c'est l'état dans lequel elles ont plongé celle-ci qui peut être *grave*. On conçoit que la résistance individuelle joue ici un grand rôle. Telle femme robuste, vigoureuse, d'une bonne santé habituelle résistera à des pertes considérables, tandis que telle autre, déjà affaiblie par la misère, les privations, les maladies antérieures, l'albuminurie en particulier, ou de nature frêle et délicate, sera vite plongée dans une situation alarmante à l'occasion d'une perte légère. Dans ces circonstances où la malade est dans un état d'anémie profonde, il ne saurait être question de rompre les membranes : on pourrait craindre une déplétion brusque de l'utérus et une syncope *a vacuo* ; l'écoulement presque obligé d'un peu de sang pendant cette manœuvre serait peut-être la goutte d'eau qui fera déborder le vase et déterminera la syncope. Le tampon seul est praticable parce que seul il permet d'é-

viter la perte d'une nouvelle quantité de sang et de disposer d'un temps précieux pendant lequel on cherchera par les moyens appropriés, à remonter la malade, à lui conserver et à lui rendre, autant que faire se peut les forces dont elle a besoin pour supporter le choc de l'accouchement et la délivrance. La lecture d'un certain nombre de nos observations est édifiante à ce sujet (voir obs. XIII, XVIII, XXI, XXIII, XXVI, XXVII, XXVIII) ; dans les observations V, XIV, XXV, la femme succomba à la syncope, malgré le tamponnement.

En présence de ces derniers faits, qui sont d'un si grand enseignement et que nous devons toujours avoir présents à la mémoire, nous ne pouvons nous empêcher de déplorer la négligence que ces malheureuses, surtout dans certaines conditions sociales, mal conseillées, aveugles sur le danger qui les attend, apportent à réclamer un secours qui souvent arrive trop tard.

2° **Variété d'insertion**. — Dans l'insertion centrale, l'hémorrhagie est fatale au moment de l'expulsion. L'indication est donc, d'abord d'arrêter la perte actuelle puis de prévenir les suivantes afin d'empêcher la femme de perdre du sang, pour lui laisser la résistance qui doit lui permettre de faire, sans trop de dangers, les frais de cette perte inévitable que l'accouchement va provoquer.

Si l'on arrache le placenta, comme faisait Simpson on est à peu près certain de tuer la femme. Si l'on cherche, avec Mauriceau, à rompre les membranes après décollement partiel du délivre, on créera, en ouvrant de nouveaux sinus utérins de nouvelles sources à l'hémorrhagie, et, dans l'ignorance où se trouve l'opérateur sur le point où il

doit décoller pour atteindre plus vite le bord placentaire, celui-ci éprouvera souvent les plus grandes difficultés, car il faut compter aussi avec les adhérences anormales. M. Maygrier fut obligé une fois de déchirer péniblement 3 centimètres de placenta avant d'atteindre les membranes (obs. XXV), et M. Budin après des tâtonnements infructueux, dut renoncer à décoller le délivre à cause des adhérences qu'il avait contractées avec le segment inférieur, et de l'éloignement des membranes (obs. XXVII). De plus, au moment de l'expulsion spontanée ou de l'extraction manuelle du fœtus, il est à craindre que le lambeau placentaire flottant ne soit poussé au dehors, augmentant le décollement du reste de l'organe et, partant l'hémorrhagie.

La perforation, conseillée par Rigby, si elle est pratiquée avec le doigt, expose à décoller les parties périphériques et à ouvrir de nouveaux lacs sanguins où plongent les villosités choriales, mais faite avec un perce-membranes, elle ne risque pas d'augmenter l'hémorrhagie maternelle ; par exemple, elle expose à ouvrir les vaisseaux ombilicaux rampant sur la face fœtale du délivre, surtout au voisinage du cordon : M. Budin rapporte deux cas où il a pu éviter cet accident (obs. XXVII et XXVIII), qui entraînerait la mort rapide du fœtus : l'existence de celui-ci ne doit certes pas être mise en discussion sérieusement dans des cas aussi graves pour les mères ; il n'en est pas moins vrai que s'il est vivant, il ne saurait être sacrifié de gaieté de cœur.

Il existe de plus une difficulté opératoire dans cette manœuvre : c'est, une fois le placenta perforé, le facile décollement de l'amnios qui fuit sous le doigt, dont la rupture est par conséquent parfois délicate et qui s'interpose

comme un voile membraneux entre la partie fœtale et la main de l'opérateur qui cherche à la saisir. Il nous souvient avoir assisté, à la clinique, à un cas de ce genre.

En somme, quand il s'agira de faire la version ou de favoriser l'engagement d'une présentation normale, avec une dilatation suffisante et un travail bien déclaré, si l'on a le choix entre les deux procédés, la perforation du délivre devra être préférée à son décollement, parce qu'elle ménage le sang de la mère. Mais en attendant que cette intervention soit possible, il n'est donc qu'une conduite à tenir, tamponner le vagin.

Sur les 28 observations de tamponnement que nous rapportons, 14 se rapportent à la variété d'insertion centrale ; la guérison de la mère fut obtenue 11 fois (obs. I, II, III, IV, VI, VII, XI, XXI, XXVI, XXVII, XXVIII) ; la femme succomba dans un cas où les deux tamponnements pratiqués, l'avaient été en ville, et d'une façon insuffisante : elle était entrée exsangue à la Maternité (obs. V) ; dans un autre cas elle fut emportée par une hémorrhagie post-partum, due à l'inertie persistante et incoercible du segment inférieur (obs. VIII) ; dans une troisième observation, enfin, une syncope fatale survint au moment même de l'écoulement brusque du liquide amniotique, chez une femme très anémiée par les pertes sanguines antérieures à son arrivée à l'hôpital (obs. XXV).

Dans la variété d'insertion partielle se rapprochant de la variété centrale, la même indication sera à remplir. Elle le fut dans les observations XII, XIII, XIV, XVIII, XIX, XXII ; une fois (obs. XIV) la femme succomba à la syncope une heure après l'accouchement ; cette femme, très

affaiblie par des pertes, presque quotidiennes pendant presque toute la durée de sa grossesse avait été amenée exsangue à l'hôpital.

3° **État du col.** — *a) Pendant la grossesse.* — Le col est encore long, et non effacé. Peut-on songer à la version de Braxton-Hicks et ne risquerait-on pas en voulant pénétrer à travers un orifice serré et peu dilatable, de blesser le col et le segment inférieur ? Doit-on employer la méthode de M. le professeur Pinard ? Tout en nous rendant à l'évidence des résultats obtenus par l'éminent accoucheur de la clinique Baudelocque, il nous semble pourtant que cette pratique soulève ici un certain nombre d'objections. En admettant que la rupture des membranes avant tout début de travail soit toujours possible, sera-t-elle suffisante pour supprimer les tiraillements ; Poppell rapporte un cas dans lequel la perforation précoce fut pratiquée et où, le travail n'avançant pas, cette fausse manœuvre eut pour conséquence une mutation de présentation : la tête glissa dans l'une des fosses iliaques, l'épaule vint se mettre en rapport avec le détroit supérieur, et l'orifice utérin demeura rigide. Barnes relate une observation du même genre où Robert Lee fut obligé, en présence de l'hémorrhagie persistante, de perforer le crâne pour extraire à grand peine le fœtus. Mme Lachapelle raconte aussi qu'en une circonstance analogue, elle fut obligée d'avoir recours à un autre procédé. Le travail peut être long à se déclarer et l'utérus répondre mal à l'excitation, surtout si la femme a perdu déjà une certaine quantité de sang ; l'hémorrhagie pourra continuer si la partie fœtale, en admettant une présentation favorable et une déchirure large des membranes, demeure

élevée, grâce à la présence du placenta sur le segment inférieur, comme cela se voit chez les multipares. Que sera-ce si la présentation vicieuse n'a pu être corrigée ou si le bassin est rétréci. Sans doute on sera armé, avec le tampon, pour tarir l'écoulement s'il continue.

Mais n'est-il pas plus prudent de commencer par lui.

« J'ai, dit Bailly, présent à l'esprit le souvenir de trop de femmes chez qui les membranes avaient été artificiellement ouvertes dans la période de dilatation du col, et qui cependant ont continué à perdre abondamment, de manière à exiger ultérieurement l'emploi du tampon, pour accorder aucune confiance à une pratique qui ne saurait prévenir un décollement plus étendu du placenta et par conséquent de nouvelles hémorrhagies pendant le travail ».

N'a-t-on pas vu, après l'hémostase obtenue avec le tampon, une grossesse peu avancée continuer son cours et arriver aux environs du terme; ce résultat ne saurait évidemment être obtenu avec l'ouverture de l'œuf, qui sacrifie forcément le fœtus si elle est produite à une époque où celui-ci n'est pas encore viable. Si l'enfant a succombé, s'il est macéré surtout, l'accès de l'air l'expose à une putréfaction certaine; même s'il est vivant, son existence est si précaire et la mort fœtale si fréquente quand le placenta est *prævia*, qu'il est permis d'avoir des craintes analogues, et de redouter pour la mère les dangers de la septicémie. Le tampon nous met à l'abri de pareils accidents, et nous permet de réaliser dans une large mesure ces deux désidérata : provoquer l'accouchement en *empêchant le sang de couler*.

b) Pendant le travail. — Au début du travail, alors que

le col est encore peu dilaté, les contractions utérines peu énergiques et non fréquentes, le plus simple et le plus sûr est encore de recourir au tampon de Leroux et de le laisser en place jusqu'à ce que la dilatation soit complète ou tout au moins le col dilatable afin de permettre la terminaison de l'accouchement (expulsion spontanée ou extraction manuelle ou avec le forceps) d'ailleurs seulement possible plus ou moins longtemps après l'emploi du tampon ou d'autres moyens d'hémostase imposés par l'état de l'orifice.

4° **Rétrécissement du bassin.** — Si le rétrécissement est léger, et pourrait permettre, dans d'autres circonstances l'engagement de la partie fœtale, il ne faut pas oublier qu'ici la présence de la masse placentaire tend à amoindrir l'aire du détroit supérieur.

Il faut d'ailleurs toujours compter avec les surprises, en matière de bassins modérément rétrécis. La présentation sera donc lente à descendre dans l'excavation et pourra rester longtemps élevée avant de franchir le détroit. Pratiquer la rupture des membranes dans ces conditions serait s'exposer à de grands déboires : persistance ou augmentation de l'hémorrhagie, procidences du cordon, mutations de présentation, et difficultés de l'extraction avec un utérus depuis longtemps vide de liquide. A plus forte raison si le degré de rétrécissement montre que l'accouchement, au moment où la femme vient consulter, est impossible.

Dans tous ces cas, il faudra donc avoir recours au tampon, à la fois hémostatique et ocytocique, et grâce auquel on gagne un temps précieux mis à profit pour conserver à la femme assez de force et assez de résistance pour échap-

per au danger que lui fera subir l'intervention obstétricale, au moment où la dilatation sera suffisante.

Parmi les observations citées à la fin de notre thèse, il en est une (obs. XIV) où le diamètre promonto-sous-pubien mesurait 10 cent. 2 ; le tamponnement fut fait ; les membranes furent ensuite rompues par M. Tarnier : la femme accoucha spontanément d'un enfant vivant.

Mais il ne faut pas toujours compter sur une issue aussi favorable, témoin le cas rapporté par M. Auvard (thèse d'agrégation, obs. 142) où, avec un léger rétrécissement, la mère et l'enfant succombèrent après la rupture artificielle des membranes.

5° **Présentations vicieuses**. — Le siège complet ou décompleté mode des fesses constitue, par son irrégularité, sa mollesse, un mauvais tampon outre que son engagement est assez tardif.

Quant aux présentations de l'épaule, tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître qu'avec elles les hémorrhagies sont des plus graves, parce que la partie fœtale demeure élevée et qu'elle ne peut s'adapter sur le segment inférieur ; aussi la perte augmente-t-elle dès que les membranes se rompent, puisque l'engagement, à moins que le fœtus ne soit très petit ou macéré, est impossible. Nous pourrions, si nous ne craignions d'allonger ce travail plus que de raison, citer plusieurs faits de ce genre dont nous avons été témoins (voir obs. XX).

La seule conduite à tenir dans ces cas, voulant toujours éviter autant que possible les pertes de sang chez des femmes déjà affaiblies, est, selon nous, si l'on n'a pu réussir facilement à transformer la présentation par manœuvres

externes, de recourir au tamponnement suivi de l'extraction lente au moment où la dilatation permettra d'intervenir.

Nous venons de passer en revue les différents facteurs dont l'accoucheur doit tenir compte avant de décider son intervention.

Nous n'avons pas besoin de dire qu'en clinique, ces particularités dont chacune le conduit à pratiquer le tamponnement se combinent et se groupent diversement chez la même femme et que dans ces cas bien entendu l'indication est plus formelle encore. Si cette division, nécessaire pour la facilité de l'étude, n'existe pas toujours dans la réalité, elle répond bien à une opération de l'esprit du praticien qui, en présence des faits, examine une à une les indications qu'ils comportent.

Pour nous résumer, nous dirons avec Depaul que, « chaque fois que l'hémorrhagie est abondante, la femme affaiblie, le col ouvert mais pas assez pour permettre la terminaison rapide de l'accouchement, la présentation autre que le sommet ou bien celui-ci difficile à atteindre et à reconnaître, enfin quand l'insertion est centrale, que ces conditions se rencontrent isolées ou réunies, la meilleure méthode est, sans contredit, le tamponnement ».

TROISIÈME PARTIE

CONDUITE A TENIR DANS LES CAS D'HÉMORRHAGIES LIÉES A L'INSERTION VICIEUSE.

Et tout d'abord y a-t-il des cas où nulle intervention ne sera nécessaire? Oui sans doute, et nos deux dernières observations ont trait à des faits de ce genre, malheureusement trop rares ; il ne faudrait pas rester sous la bonne impression de ces cas terminés d'une façon bénigne, car on risquerait d'avoir de cruels mécomptes. Il ne manque certes pas d'exemples d'une maladie grave spontanément guérie par les seules forces de la bonne nature : ne serait-ce pas une lourde faute que de s'autoriser de ces faits isolés pour se complaire dans une abstention coupable? Il faut donc intervenir, tout le monde est d'accord sur ce point. Mais comment? C'est ici que commencent les difficultés, et en présence des divergences d'opinions qui règnent encore à ce sujet, laissant dans un cruel embarras tous ceux qui n'ont pas acquis l'expérience avec les années, nous ne sommes pas éloigné de partager les hésitations dont Leroux faisait déjà l'aveu dans la préface de son livre sur l'efficacité des diverses méthodes proposées et dirions volontiers avec lui :

« Il serait très utile pour l'humanité en général et pour

les jeunes chirurgiens qui se destinent à l'art des accouchements, qu'un praticien éclairé entreprit de discuter ces différents moyens, qu'il assignât à chacun le degré de confiance qu'il mérite, le cas particulier auquel il convient ».

Comme cette œuvre, que certains esprits éclectiques ont essayé de remplir dans leur pratique, n'a pas encore été définitivement entreprise, et, qu'en attendant, nous ne devons pas jouer avec le salut des femmes dont la vie nous est confiée, nous pensons qu'un médecin n'ira pas essayer successivement chacun des procédés qui, en des mains habiles, a donné de favorables résultats.

Une bonne méthode, remarque M. Auvard, ne reste bonne qu'autant qu'elle est bien appliquée; ne vaut-il donc pas mieux se familiariser avec une de ces bonnes méthodes, la bien posséder, que se hasarder sur un terrain moins connu. Or nous croyons que le tampon est, parmi celles-ci, celle qui répond au plus grand nombre d'indications, en tout cas: à celle qui domine toutes les autres mettre fin aux pertes de sang.

« Si l'hémorrhagie est sérieuse, il n'y a qu'un moyen de l'arrêter, c'est de fermer hermétiquement les voies génitales par le tamponnement du vagin. Ce serait en effet, une faute grave, en présence d'un état aussi périlleux, que de s'attarder dans l'emploi des moyens divers que mentionnent les traités d'accouchements et qui semblent en vérité n'avoir été imaginés que pour troubler l'esprit du jeune médecin et le détourner de l'usage du seul traitement efficace en pareil cas ». Bailly (*loc. cit.*).

Nous allons essayer d'exposer en peu de mots la conduite que nous voudrions suivre :

1° Pendant la grossesse ;

2° Pendant le travail ;

3° Pendant la délivrance.

1° **Pendant la grossesse,** si l'on est appelé auprès d'une femme qui perd du sang, il faut la mettre au lit d'abord, où elle devra garder un repos complet. Puis on doit s'enquérir de l'âge de la grossesse ; si celle-ci n'a pas encore atteint le 6e mois, comme il n'est pas toujours possible de savoir si l'on a affaire à un décollement prématuré du placenta normalement inséré ou à une insertion vicieuse, tant que la perte sera légère, on n'a qu'à se conduire comme si l'on se trouvait en présence d'un avortement évitable : repos, injections vaginales antiseptiques tièdes qui ne provoquent pas de contractions utérines, et laudanum en lavements. Si l'hémorrhagie est d'emblée si abondante et si continue que le décollement de l'œuf et partant son expulsion sont jugés inévitables, laisser faire en prenant les précautions antiseptiques d'usage, tant que l'hémorrhagie ne devientpas inquiétante pour la mère : dans ce dernier cas, ne pas hésiter à recourir au tampon vaginal.

Si l'hémorrhagie n'apparaît, comme c'est la règle, que dans les derniers mois de la grossesse, elle s'arrête souvent d'elle-même par le repos au lit ou par les infections vaginales à 48° qui ont pour but de faire contracter l'utérus au niveau de la partie placentaire décollée.

Si elle est abondante d'emblée ou devient grave par sa répétition et sa continuité, amenant chez la femme les symptômes de l'anémie aiguë, il ne faut pas attendre, et

faire le tamponnement, quelle que soit la présentation qu'on corrigera d'ailleurs si on le peut par manœuvres externes, quelle que soit la variété d'insertion. Le bassin sera comme toujours examiné avec le plus grand soin, en tenant compte de la présence du placenta pour évaluer avec plus de minutie le degré de rétrécissement qu'il peut présenter. Ici comme ailleurs peut se poser l'indication de l'accouchement prématuré qu'on devra provoquer s'il ne se fait pas spontanément, quand les mensurations pelviennes et fœtales auront été faites, et les dimensions de l'extrémité céphalique et de la filière comparées. Dans ces cas, il n'y a pas lieu d'hésiter à préférer, comme s'il s'agissait d'une insertion normale, à la sonde de Krause le ballon excitateur de M. le professeur Tarnier sans craindre les décollements redoutés, que son petit volume est incapable de provoquer.

Si l'hémorrhagie s'est arrêtée, spontanément ou sous l'influence du tampon, de grandes précautions sont à prendre pour le reste de la grossesse, bien qu'on ait pu voir celle-ci continuer sans que la perte réapparaisse. Quand par les commémoratifs, et par l'examen direct on a acquis la certitude que celle-ci est due à l'insertion vicieuse du placenta, si la femme, ce qu'elle ne fera d'ailleurs pas toujours, a recours à l'assistance du médecin dès la première hémorrhagie, ce n'est pas assez d'avoir tari celle-ci, il se rappellera qu'avant peu il aura à lutter contre une perte plus abondante et s'armera pour la lutte ; nous savons comment : il s'agit de faire porter chez la malade elle-même, dans un bocal clos et baignant dans une solution antiseptique, un tampon tout prêt.

« Sachant, dit M. Maygrier (*loc. cit.*), que les décollements

successifs sont de règle et que les pertes qui surviennent entraînent l'anémie grave cause de tous les dangers, au lieu de s'endormir dans une fausse sécurité dès que l'hémorrhagie aura cessé, prévenez la femme et l'entourage qu'elle est menacée de nouvelles pertes dans un temps variable et qu'il est indispensable de parer immédiatement à cet accident » s'il vient à se produire. Quand on aura fait comprendre à la paturiente le danger qu'elle court si, comme c'est probable, l'hémorrhagie réapparaît, surtout si elle n'est pas secourue à temps, on devra donc l'engager à entrer dans un hôpital, si ses conditions sociales ne lui permettent de recevoir chez elle que des soins très imparfaits et, dans le cas contraire, placer auprès d'elle une garde instruite qui, à la moindre alerte, vous fera prévenir ou, si les circonstances sont impérieuses, appliquera elle-même le tampon en attendant votre arrivée.

2° **Pendant le travail.** — Si l'hémorrhagie est légère, il n'y a qu'à se comporter comme dans un accouchement normal. L'hémorrhagie devient-elle grave, il faudra tamponner si les membranes ne sont pas accessibles (placenta prœvia central ou partiel étendu), le bassin légèrement vicié, la présentation mauvaise. Si les membranes sont largement accessibles faut-il les déchirer, pratiquer la version mixte ou faire le tamponnement? Chacune de ces méthodes a ses partisans et ses indications et nous ne voulons pas assumer la tâche de traiter la question du traitement du placenta prœvia pendant le travail. Nous avons dit ailleurs pour quelles raisons nos préférences étaient, en général, pour ce dernier procédé.

Une éventualité qui malheureusement est beaucoup trop

fréquente, est celle où des hémorrhagies abondantes et successives ont eu lieu et ont plongé les parturientes dans cette anémie profonde dont nous connaissons toute la gravité. Le tampon permettra à ces femmes de gagner, grâce aux soins dont on les entoure et aux stimulants qu'on leur donne, un peu de la force dont elles ont besoin pour supporter le choc du travail de l'accouchement. Si l'hémorrhagie persiste sérieuse, due au décollement du placenta produit par le passage de la partie fœtale qui s'engage, et qu'il y a urgence à terminer l'accouchement, il faut procéder à la dilatation rapide avec les ballons de Champetier de Ribes.

Ceux-ci, introduits dans la cavité de l'œuf après la rupture des membranes ou du placenta, exercent, grâce à leur forme et à leur volume, une compression sur les vaisseaux déchirés et suppléent ainsi au rôle tamponnant de la partie fœtale ; en tombant dans le vagin, ils laissent derrière eux une voie assez large pour permettre l'extraction du fœtus ou l'expulsion spontanée si les contractions sont suffisantes. Une fois le col dilaté ou dilatable, les bords de l'orifice pouvant s'appliquer au pourtour de l'excavation, la terminaison de l'accouchement est dès lors possible. Si l'hémorrhagie a diminué d'intensité ou a cessé sous l'influence de la compression fœtale, on peut abandonner l'accouchement à la nature, comme dans les cas normaux ; mais si la perte continue ou augmente, il faut intervenir par l'extraction soit manuelle, soit instrumentale. Toutes les méthodes préconisées alors sont praticables, que ce soit la version de Braxton-Hicks ou celle de Puzos précédée ou non de celle de Wigraud. « Rompez alors les membranes si elles

sont intactes ; mais faites-le avec les précautions qu'on prend pour évacuer le liquide dans les cas d'hydramnios ; d'ailleurs l'hydramnios complète assez souvent le placenta prœvia. Ne laissez donc couler le liquide que lentement, en maintenant la main à l'entrée de la vulve afin de l'obturer en partie. Puis faites votre intervention, que ce soit un forceps, une version, une extraction par le siège, une ambryotomie, procédez lentement, doucement, sans vous préoccuper de la vie du fœtus car vous savez combien elle est précaire en pareil cas (1) ».

L'intervention sera subordonnée au mode de présentation : abaissement d'un pied à la vulve si c'est un siège ; version suivie ou non d'extraction avec un sommet lent à s'engager ou avec une présentation de l'épaule. En tout cas, il faudra bien se garder de tirer sur les membres inférieurs car dans l'insertion vicieuse, le col est souvent le siège de lésions que les tractions peuvent agrandir, de là des déchirures qui sont autant de portes ouvertes à l'hémorrhagie et à l'infection.

3° **Délivrance**. — Nous savons combien sont fréquentes les hémorrhagies au moment de la délivrance chez les femmes dont le placenta est inséré vicieusement ; c'est à ce moment que le danger est le plus grand pour elles, car elles sont en général plus ou moins épuisées par les pertes subies pendant la grossesse ou le travail. La délivrance doit donc être, de la part de l'accoucheur, l'objet d'une surveillance toute particulière. Si dans la majorité des cas le placenta ne tarde pas à être expulsé spontanément, il faut savoir que les choses ne se passent pas toujours d'une

(1) Ch. Maygrier (*loc. cit.*).

façon aussi régulière qu'après un accouchement normal.

L'hémorrhagie reconnaît ordinairement pour cause l'inertie utérine totale ou limitée au segment inférieur, et qui est toujours à prévoir chez des femmes débilitées.

La conduite à tenir est la même, que le placenta soit prævia ou non. Si une perte de sang, même légère, se montre avant la sortie du délivre ou si celle-ci tarde à se faire, il faut se décider sur le champ à évacuer le contenu de l'utérus, arrière-faix et caillots, il faut sans hésiter pratiquer la délivrance artificielle. L'évacuation de la matrice, faite avec la même lenteur que s'il s'agissait d'extraire l'enfant, (afin d'éviter la syncope) le contact de la main sur ses parois, les injections intra-utérines prolongées avec une solution antiseptique (solution iodée) à 50° pratiquées avec la sonde à armature métallique de M. le professeur Tarnier ou la sonde à double courant de M. Budin, réveilleront les contractions du muscle utérin qui assureront l'hémostase en oblitérant la lumière des vaisseaux.

4° **Suites de couches**. — Le placenta extrait, l'hémorrhagie peut continuer encore et reconnaître des causes diverses : laissant de côté les hémorrhagies d'origine vaginale ou vulvaire, d'ailleurs exceptionnelles, nous ne parlerons que des pertes de sang provenant du corps ou du col de l'utérus.

Le remède souverain l'on peut dire, contre les hémorrhagies provenant du corps de l'utérus, et dont la cause habituelle est le défaut de rétractibilité de cet organe, consiste, après avoir vidé la cavité des caillots qu'elle contient, dans les injections intra-utérines d'eau chaude, à 50°, antiseptique. Nous avons vu ce moyen maintes fois

employé dans le service de M. le professeur Tarnier pour combattre l'inertie, il n'a jamais failli à sa tâche. Si, malgré tout, la perte continue, c'est que sa source n'est pas au corps mais au col de l'utérus. En pareille occurence, il n'y a qu'une chose à faire, exercer une compression sur la source supposée de la perte avec des fragments d'amadou ou des boulettes de gaze iodoformée portées dans la cavité cervicale, ou appliquer une pince hémostatique au niveau de la déchirure après abaissement du col pour faciliter l'exploration.

Traitement général. — Laissant de côté le traitement ultérieur purement médical, destiné à lutter contre l'anémie, nous ne pouvons que rappeler les différents moyens immédiats à mettre en œuvre chez les femmes qui ont perdu beaucoup de sang par suite de l'insertion du placenta sur le segment inférieur. Ces femmes sont pâles, avec les muqueuses décolorées, la voix et le regard presque éteints, les extrémités froides, le pouls fréquent, petit et quelquefois incomptable, exposées à de fréquentes syncopes ; la mort semble chez elles imminente. Cependant, l'accoucheur ne doit pas se décourager et avec un traitement approprié, il doit espérer pouvoir les tirer de ce mauvais pas. Tous ses efforts doivent tendre à ce but : maintenir active la circulation encéphalique, seul moyen de prévenir la syncope.

La malade sera couchée horizontalement dans le décubitus dorsal, la tête basse, le siège élevé ; le plus grand calme, le plus grand silence doivent régner autour d'elle ; on évitera tout ce qui pourrait la fatiguer ; elle devra rester immobile : les moindres mouvements, les moindres efforts

lui seront interdits. Pour remédier au défaut de quantité de la masse sanguine, on aura recours non pas à la transfusion veineuse, opération dangereuse, difficile et demandant un appareil spécial qu'on a rarement sous la main au moment voulu, mais à l'auto-transfusion selon le procédé de Prouf. Ce moyen peu compliqué et toujours praticable consiste à entourer les membres inférieurs avec la bande d'Esmarck ou une bande de toile ordinaire, roulée de l'extrémité vers la racine : chaque membre inférieur comprimé fait refluer dans l'économie de 125 à 150 grammes de sang ce qui équivaut à une transfusion de plus de 300 grammes. A côté de ce moyen, il en est un autre aussi précieux et qui rend ici de grands services, nous voulons parler des injections dans le tissu cellulaire, de sérum artificiel. Le liquide peut être préparé extemporairement avec de l'eau filtrée et bouillie dans laquelle il suffit d'ajouter 6 grammes de sel de cuisine par litre : on se sert pour pratiquer ces injections soit d'un appareil à transfusion, soit de l'appareil de Dieulafoy, ou d'une simple seringue ; une aiguille de Pravaz, adaptée à un tube de caoutchouc, pourrait suffire, le liquide contenu dans un réservoir plus ou moins élevé s'écoulant par pression. Il faut injecter ainsi de 100 à 250 grammes de sérum au même point et répéter au besoin plusieurs fois ces injections. Les femmes, comme les blessés qui ont perdu beaucoup de sang, ont soif : en les faisant boire, en même temps qu'on augmentera la masse de leur sang, on suppléra à son défaut de qualité par des excitants. Or l'un des meilleurs excitants est l'alcool, l'eau-de-vie, qui dans ces cas seulement peut-être peut mériter son nom. On donnera donc

des boissons alcooliques : elles sont très bien tolérées par des femmes habituellement sobres ; on dirait que leur goût est devenu obtus ; il ne faut pas craindre de leur faire prendre jusqu'à 300 ou 400 grammes de vieux cognac ou de rhum en groogs ou en potions. L'ébriété ne se produit pas, mais la vie des cellules nerveuses est soutenue et excitée. Si l'administration de ces boissons provoque des vomissements on peut y ajouter quelques gouttes de laudanum, l'opium étant utile ici à un double point de vue, parce qu'il augmente la tolérance stomacale et qu'il calme les douleurs. On donnera aussi du champagne frappé. A côté de l'alcool il est deux autres excitants dont il est utile de lui joindre l'emploi, les *injections sous-cutanées d'éther* qui s'adressent au système nerveux et celles de *caféine* au cœur, et la *chaleur*. Pour obtenir artificiellement celle-ci, que le sang est impuissant à maintenir, la malade sera entourée de linges chauds ; placée dans une pièce chauffée ; on lui mettra des boules d'eau chaude aux pieds et les boissons qu'on lui donnera, si elles les supporte telles, seront aussi chaudes que possible. Enfin, on fera des inhalations d'oxygène. Peu à peu, on alimentera la femme, qui a tant besoin de réparer les forces perdues, soit par la voie stomacale (lait, potages), soit par la voie rectale si l'estomac est indolent (lavements alimentaires). C'est en suivant cette ligne de conduite que l'accoucheur mènera à bonne fin une tâche pour lui si rude et qu'il accomplira avec d'autant plus de confiance qu'il sait qu'il dispose d'armes excellentes et que le succès est souvent au bout de ses efforts.

Résultats statistiques.

Nous désirons, avant de terminer notre travail, parler des résultats obtenus par la méthode de Leroux *pratiquée avec l'antisepsie.*

Pratiqué à la Maternité de Paris, le tamponnement a donné, dans ces conditions, et abstraction faite des cas où la femme a succombé à une affection intercurrente, une mortalité maternelle de 6 0/0 et fœtale de 55 0/0 (thèse d'agrégation de Auvard 1886).

En regard de cette statistique, voici celle que nous avons dressée ; elle comprend 67 cas de tamponnements faits à la Maternité de 1879 à 1892 inclus, à la clinique d'accouchements de la rue d'Assas de septembre 1891 à mars 1895, à l'hôpital Lariboisière (thèse de Bertrand 1893) de 1885 à 1891.

MATERNITÉ, 44 cas,

Mères. . . .	Mortes	6	Mortalité maternelle . . .	$\frac{13,6}{100}$
	Guéries. . . .	38		
Enfants. . .	Morts.	29	Mortalité fœtale	$\frac{65,9}{100}$
	Vivants. . . .	15		

De ces 44 cas, si nous retranchons un cas (21) où la femme albuminurique succomba à une attaque d'urémie, un autre (18) où elle fut emportée par une septicémie contractée en ville et déclarée avant l'entrée de la femme à l'hôpital, un cas (34) où la femme entra anémiée avant qu'on ait fait le premier et unique tamponnement, lequel d'ailleurs

arrêta l'hémorrhagie qui reparut après la délivrance à cause d'une inertie utérine complète cause de la mort qui survint 2 heures après l'accouchement et deux autres (6 et 29) où, après des tamponnements faits en ville et insuffisants, il est noté que la femme était très pâle, exsangue à son arrivée, il restera 39 cas se répartissant ainsi :

Mères. . . .	Mortes	1	Mortalité maternelle . . .	$\frac{2,5}{100}$
	Guéries. . . .	38		
Enfants. . .	Morts.	24	Mortalité fœtale	$\frac{63}{100}$
	Vivants. . . .	14		

Sur ces 39 cas, 35 fois le tampon a été pratiqué seul, 1 fois l'appareil élytro-phérygoïde et 3 fois le double ballon de Chassagny ont été appliqués consécutivement au tampon.

Ces 35 cas ont donné la mortalité suivante :

Mères. . . .	Mortes	1	Mortalité maternelle . . .	$\frac{2,9}{100}$
	Guéries. . . .	34		
Enfants. . .	Morts.	21	Mortalité fœtale	$\frac{61,7}{100}$
	Vivants. . . .	13		

Clinique de la rue d'Assas, 12 cas.

Mères. . . .	Mortes	1	Mortalité maternelle . . .	$\frac{9}{100}$
	Guéries. . . .	11		
Enfants. . .	Morts.	9	Mortalité fœtale	$\frac{81}{100}$
	Vivants. . . .	3		

Le cas où la mort survint (syncope post-partum) (voir obs. XIV) se rapporte à une femme qui pendant toute la durée de sa grossesse, avait eu des pertes presque quotidiennes, avait négligé de se faire soigner, et était entrée à la clinique dans un état d'anémie très grave. Les tampons

appliqués pendant le travail sont restés étanches. La méthode ne saurait donc être incriminée. Ce cas retranché, il reste 11 cas avec 11 mères guéries et 3 enfants vivants, dont 2 il est vrai ont succombé peu de temps après leur naissance. Donc 0/100 de mortalité maternelle et 72/100 de mortalité fœtale.

LARIBOISIÈRE, 11 cas.

Mères. . . .	Mortes	1	Mortalité maternelle . . .	$\frac{9}{100}$
	Guéries. . . .	10		
Enfants. . .	Morts.	8	Mortalité fœtale	$\frac{72}{100}$
	Vivants. . . .	3		

Mais la femme morte succomba à une septicémie contractée à la suite d'un tampon *fait en ville.* Si nous le retranchons, il reste 10 cas qui ont donné 0/100 de mortalité maternelle et 70/100 de mortalité fœtale.

Si nous additionnons tous les cas où le tampon a été appliqué dans les conditions requises, nous avons 35 + 11 + 10 = 56 *cas* qui donnent la mortalité suivante :

Mères. . . .	Mortes	1	Mortalité maternelle . . .	$\frac{1,7}{100}$
	Guéries. . . .	55		
Enfants. . .	Morts.	36	Mortalité fœtale	$\frac{64,3}{100}$
	Vivants. . . .	19		

Cette mortalité fœtale est sans doute élevée, mais il en est ainsi, nous l'avons dit déjà, avec toutes les méthodes et nous trouvons superflu de discuter le reproche qu'on a fait au tampon d'être un arrêté de mort pour le fœtus. « Si grave que soit cette objection, dit Bailly, elle n'arrêtera pas ceux qui placent le salut de la mère avant toute autre considération ». D'ailleurs, dans un certain nombre de

cas, l'enfant a succombé avant l'application du tampon, puisqu'il est né macéré. Mais nous aimons mieux ne pas tenir compte de ces faits. Nous ferons aussi observer qu'un grand nombre de nos observations se rapportent à des variétés d'insertion centrale ou partielle, les plus graves pour la vie de l'enfant comme pour celle de la mère.

Pour juger la valeur du procédé, nous avons pensé qu'il ne fallait retenir que les cas où l'on s'est exclusivement servi du tampon comme moyen d'hémostase et pour être équitable à son égard, nous avons trouvé bon d'étudier dans le détail les observations où les femmes succombèrent.

Nous avons ainsi été amenés à constater que les insuccès du tampon sont dus (à part le cas d'inertie utérine invincible qui ne saurait être mis sur son compte) à ce qu'il n'a pas été appliqué — en ville d'ailleurs — avec toutes les règles de l'antisepsie, ou bien — toujours en dehors de l'hôpital — à ce qu'il a été imparfaitement appliqué, ou enfin lorsqu'il l'a été trop tard. Mais une méthode est-elle responsable des fautes ou des erreurs de ceux qui y ont recours et reprochera-t-on au tampon d'être venu trop tard et de n'avoir pas été appliqué quand il le fallait ? La faute n'en est qu'aux malheureuses femmes qui ont trop attendu ou qu'on a trop fait attendre.

Statistique des cas d'hémorrhagie liée à l'insertion vicieu

Materni

DATE	Numéros	? Pare.	AGE de la femme	AGE de la grossesse	Variété d'insertion Centrale	Partielle	Marginale	Présentation et position	HÉMORRHAGIE
22 juin 1879.	1	M	24	8 m.	»	1	»	Epaule droite en A. I. G.	Avant et pendant le trava
26 juin.	2	1	27	9	»	»	1	Sommet.	Pendant le travail.
31 août 1880.	3	2	28	9	»	»	1	Sommet. O I G A.	Pendant le travail.
4 juillet 1881.	4	M	»	9	»	1	»	Sommet O I D P.	Avant le début du trava
25 février 1882.	5	3	»	6 1/2	1	»	»	Siège.	Avant et pendant le trav
17 mars.	6	1	»	9	1	»	»	Sommet.	Pendant le travail.
19 mars.	7	8	»	8 1/2	»	1	»	Sommet. O I D P.	Avant et pendant le trav
14 juin.	8	7	»	9	»	»	1	Epaule.	Avant et pendant le trav
6 août.	9	1	»	8	»	»	1	Sommet.	Pendant le travail.
3 septembre.	10	4	»	7 1/2	»	1	»	Sommet. O I G A.	Pendant le travail (trè abondante).
15 octobre.	11	5	»	8	»	1	»	Sommet.	Pendant le travail.
4 janvier 1883.	12	3	»	8 1/2	»	1	»	Sommet.	Au début du travail (état syncopal).
15 mai.	13	»	»	9	»	1	»	Siège complet.	Avant et pendant le trav
16 juin.	14	1	»	8	»	»	1	Sommet. O I D P.	Pendant le travail.

r lesquels le tamponnement vaginal a été pratiqué.

1892 inclus.

INTERVENTION	MODE de terminaison	Délivrance	RÉSULTATS Mère	Enfant	OBSERVATIONS
ampon avant le début du travail. iré au bout de 6 h. 1/2.	Version.	»	Guérie.	Mort.	
pon à dilatation de 1 franc Laissé 4 heures.	Spontané.	»	Guérie.	Mort.	
Tampon.	Spontané.	»	Guérie.	Mort.	
ampon avant le début du travail. Laissé 4 h. 1/2.	Spontané.	»	Guérie.	Vivant.	
npon avant le début du iil et pendant le travail ılsé au bout de 2 h. 1/2.	Spontané.	»	Guérie.	Mort.	
pon insuffisant en ville.	Version.	»	Morte. Hémorrhagie.	Mort.	Femme amenée exsangue.
npon avant le début du il et pendant le travail.	Version.	»	Guérie.	Vivant.	
mpon avant le début du travail. ılsion au bout de 8 h. 1/2.	Version.	»	Guérie.	Vivant.	
ımpon laissé 4 heures.	Version.	»	Guérie.	Vivant.	
ımpon laissé 8 heures.	Spontané.	»	Guérie.	Vivant.	
npon en ville. Retiré à ital à dilatation complète	Version.	»	Guérie.	Vivant.	
pon au début du travail. ·é à dilatation complète.	Version.	»	Guérie.	Mort.	
·ux tampons successifs ssés chacun 9 heures.	Extraction.	»	Guérie.	Vivant.	
·ux tampons successifs, appareil élytro-ptérygoïde de Chassagny.	Spontané.	»	Guérie.	Mort.	

DATE	Numéros	? Pare	AGE de la femme	AGE de la grossesse	Variété d'insertion			Présentation et position	HÉMORRHAGIE
					Centrale	Partielle	Marginale		
1er septembre.	15	M	»	6 m.	1	»	»	Sommet.	Pendant le travail.
24 février 1884.	16	I	32	9	»	»	1	Sommet. O I D P.	Avant le travail.
6 mars.	17	2	38	7 1/2	»	?	»	Sommet.	Avant et pendant le trav.
7 juin.	18	»	33	7 1/2	1	»	»	Epaule droite en A I D.	Avant et pendant le trav.
28 juillet.	19	4	34	7 1/2	1	»	»	Sommet.	Avant et pendant le trav.
4 janvier 1885.	20	4	»	9	1	»	»	Siège complet.	Travail.
4 janvier.	21	I	33	8	»	1	»	Sommet O I G A.	Avant et pendant le trav
8 avril.	22	M	»	9	»	1	»	Epaule droite en A I D.	Avant et pendant le trav
24 mai.	23	10	»	7	»	1	»	?	Avant et pendant le trav
25 juillet.	24	4	»	6 1/2	1	»	»	Sommet.	Avant et pendant le trav.
13 novembre.	25	4	»	»	»	»	1	?	Avant et pendant le trav
26 décembre.	26	6	»	9	»	1	»	Sommet O I D A.	Avant et pendant le trav
18 mars 1886.	27	»	»	»	1	»	»	Sommet O I G A.	Pendant le travail.
10 juin.	28	3	35	9	1	»	»	?	Début du travail.
20 juillet.	29	5	46	9	1	»	»	Siège complet. S I D P.	Grossesse et travail.

INTERVENTION	MODE de terminaison	Délivrance	RÉSULTATS Mère	RÉSULTATS Enfant	OBSERVATIONS
npon insuffisant en ville. Dilatation complète à l'arrivée.	Spontané.	»	Guérie.	Mort.	
'ampon pendant 9 heures.	Spontané.	»	Guérie.	Mort.	
tampon pendant 8 heures. 2e tampon, puis ballon Chassagny.	Version.	Artif.	Guérie.	Vivant.	Eschares du vagin.
ampon en ville avant le rail. Nouveau tampon laissé 8 heures, puis ballon Chassagny.	Version.	»	Morte (septicémie).	Mort.	Entrée avec fièvre.
:ux tampons, puis ballon Chassagny.	Expulsion spontanée.	»	Guérie.	Macéré.	
npon expulsé au bout de 11 heures.	Extraction.	Naturelle.	Guérie.	Mort.	Voir obs.
mpon avant le début du travail, laissé 3 h. 30.	Spontané.	»	Morte (urémie).	Mort.	Albuminurie intense.
npon pendant le travail, laissé 3 heures.	Version.	Naturelle	Guérie.	Mort.	
nponnement incomplet en lle, remplacé par ballon Chassagny.	Version.	Naturelle.	Guérie.	Mort.	
mpon pendant le travail, laissé 1 heure.	Version.	Naturelle.	Guérie.	Mort.	Voir obs.
mpon après le début du ravail, laissé 6 heures.	Version.	Naturelle.	Guérie.	Mort.	
npon incomplet en ville.	Version.	Naturelle.	Guérie.	Vivant.	
Tampon.	Version et expulsion spont.	»	Guérie.	Mort.	
ol long et ouvert, tampon laissé 1 heure.	Version et expulsion spont.	Naturelle.	Guérie.	Vivant.	Obs.
Deux tampons en ville.	Abaissement d'un pied et expulsion spontanée.	Artif.	Morte (hémorrhagie).	Mort.	Arrivée exsangue. Obs.

DATE	Numéros	? Pare	AGE de la femme	AGE de la grossesse	Variété d'insertion Centrale	Partielle	Marginale	Présentation et position	HÉMORRHAGIE
25 août.	30	2	32	9	1	»	»	Sommet O I G.	Grossesse et travail.
19 janvier 1887.	31	4	35	9	1	»	»	Sommet O I G.	Grossesse et travail.
3 septembre.	32	»	»	9	»	»	1	»	Pendant le travail.
15 décembre.	33	»	»	»	»	»	1	»	Grossesse et travail.
1er avril 1888.	34	2	34	7 1/2	1	»	»	Sommet.	Grossesse, travail, délivra et post-partum.
13 avril.	35	»	»	»	1	»	»	»	Début du travail.
14 novembre.	36	»	»	»	»	»	1	»	Travail.
21 septembre 1889.	37	»	»	»	»	»	1	Sommet.	Travail.
22 février 1880.	38	»	»	»	»	»	1	Sommet.	Travail.
5 novembre.	39	»	»	»	1	»	»	»	Travail.
15 juin 1891.	40	5	27	9	»	»	1	Sommet.	Grossesse et travail.
24 juillet.	41	3	30	9	»	»	1	Epaule gauche en A I G.	Début du travail.
14 septembre.	42	2	»	7	»	»	1	Epaule gauche en A I G.	Début du travail.
20 janvier 1892.	43	6	31	»	1	»	»	»	Travail.
23 avril.	44	1	34	»	»	1	»	Sommet.	Grossesse et travail.

INTERVENTION	MODE de terminaison	Délivrance	RÉSULTATS Mère	Enfant	OBSERVATIONS
Col long. Tampon.	Version.	Artif.	Guérie.	Vivant.	Obs.
long et ouvert. Tampon laissé 3 heures.	Version et extraction.	Naturelle.	Guérie.	Mort.	Obs.
Tampon.	Abaissement d'un pied et expulsion spontanée.	»	Guérie.	Mort.	
Tampon.	»	»	Morte (hémorrh.)	Mort et macéré.	
Tampon.	Spontané.	Naturelle.	Morte (hémorrhagie pr inertie utérine)	Vivant.	Obs.
npon au début du travail.	»	»	Guérie.	Vivant.	
Tampon.	Spontané.	»	Guérie.	Mort.	
Tampon.	Forceps.	»	Guérie.	Mort.	
Tampon.	Forceps.	»	Guérie.	Vivant.	
Tampon.	»	»	Guérie.	Vivant.	
npon au début du travail.	Spontané.	Naturelle.	Guérie.	Mort.	Obs.
mpon au début du travail.	Version et extraction.	»	Guérie.	Mort.	Obs.
Tampon.	Version et extraction.	»	Guérie.	Mort.	Bassin vicié (P. S. P. 8,5).
ux tampons successifs au cours du travail.	Version et acc. spontané.	Naturelle.	Guérie.	Mort.	Obs.
Tampon.	Spontané.	Naturelle.	Guérie	Mort.	Obs.

DATE	Numéros	? Pare	AGE de la femme	AGE de la grossesse	Variété d'insertion: Centrale	Partielle	Marginale	Présentation et position	HÉMORRHAGIE
								Clinique de la rue d'Ass	
10 septembre 1891.	45	6	28	9	»	1	»	Sommet O I G.	Grossesse et travail.
17 février 1892.	46	13	36	7	»	1	»	Sommet.	Grossesse et travail.
25 février.	47	2	34	9	»	»	1	Sommet O I D T.	Début du travail.
16 mai 1893.	48	13	44	8	»	»	1	Sommet.	Début du travail.
24 août.	49	3	»	7	»	1	»	Sommet O I D T.	Grossesse et travail.
7 juin 1894.	50	8	37	8	»	1	»	Sommet O I G T.	Grossesse et travail.
27 juillet.	51	8	33	8	»	1	»	Sommet O I G A.	Début du travail.
31 juillet.	52	4	29	7 1/2	»	»	1	Epaule gauche A I D.	Pendant le travail.
28 août.	53	4	31	?	1	»	»	Siège complet.	Début du travail.
18 janvier 1895.	54	1	»	8	»	1	»	Sommet O I G A.	Avant et pendant le trav
22 janvier.	55	3	37	6	»	»	1	Siège complet.	Grossesse et travail.
16 mars.	56	1	28	8 1/2	»	»	1	Sommet.	Grossesse et travail.

INTERVENTION	MODE de terminaison	Délivrance	RÉSULTATS Mère	Enfant	OBSERVATIONS
ptembre 1891 à Mars 1895).					
)eux tampons successifs. ıpture artif. des membranes à dilatation complète.	Version et extraction.	Naturelle.	Guérie.	Mort pendant le travail.	Obs.
ois tampons successifs. Rupture artif. des membr. à dilatation d'une paume de ain et ballon Champetier.	Version et extraction.	Naturelle.	Morte (hémorrhagie).	Mort pendant le travail.	Profondément anémieé obs.
mpon. Rupture artif. des membr. à dilat. de 5 fr.	Spontané.	Naturelle.	Guérie.	Vivant.	Obs.
Tampon en ville.	Spontané.	Naturelle.	Guérie.	Macéré.	Obs.
Tampon. Rupture artif. à dilatation de 5 fr.	Version et extraction.	Artif.	Guérie.	Vivant mais mort quelques heures apr. naissance.	Obs.
Deux tampons successifs. Rupture artif. à dilatation presque complète.	Version et extraction.	Naturelle.	Guérie.	Vivant mais mort peu après naissance.	Obs.
ımpon après rupture prématurée spontanée.	Forceps.	Naturelle.	Guérie.	Mort pendant le travail.	Obs.
Tampon après rupture prématurée spontanée.	Version et extraction.	Artif.	Guérie.	Mort au cours du travail.	Obs.
Trois tampons successifs, nt 2 en ville. Perforation du placenta.	Extraction.	Artif.	Guérie.	Mort-né.	Etat syncopal. Obs.
ımpon. Rupture artif. à dilatation de 2 fr.	Forceps sur sommet en O S.	Artif.	Guérie.	Mort pendant le travail.	Obs.
ımpon. Rupture artif. à latation presque complète.	Extraction.	Artif.	Guérie.	Mort-né.	Avortement. Obs.
Tampon. Rupture artif. à dilatation de 2 fr. Ballon Champetier.	Basiotripsie.	Artif.	Guérie.	Mort pendant le travail.	Obs.

DATE	Numéros	? Pare	AGE de la femme	AGE de la grossesse	Variété d'insertion Centrale	Partielle	Marginale	Présentation et position	HÉMORRHAGIE
Service d'accouchement de l'hôpital Lariboisiè									
29 novembre 1885.	57	»	»	»	»	»	»	»	»
2 décembre 1886.	58	»	»	7	»	»	»	»	»
4 juin 1887.	59	»	»	8 1/2	»	»	»	»	»
27 mai.	60	»	»	6 1/2	»	»	»	»	»
28 juin.	61	»	»	7 1/2	»	»	»	»	»
18 février 1888.	62	»	»	»	»	»	»	»	»
24 avril.	63	»	»	»	»	»	»	»	»
27 juin.	64	»	»	»	»	»	»	»	»
19 septembre 1889.	65	»	»	»	»	»	»	»	Hémorrhagies répétées
29 mars 1890.	66	»	»	7	»	»	»	»	»
23 octobre 1891.	67	M	»	»	1	»	»	»	Hémorrhagie grave au dé du travail.

INTERVENTION	MODE de terminaison	Délivrance	RÉSULTATS		OBSERVATIONS
			Mère	Enfant	
'orak) in thèse Bertrand 1893 (1885 à 1891).					
Tampon.	»	»	Guérie.	Vivant.	
Tampon.	»	»	Guérie.	Mort-né.	
Tampon.	»	»	Guérie.	Mort-né.	
Tampon.	»	»	Guérie.	Macéré.	
Tampon.	»	»	Guérie.	Mort-né.	
Tampon.	»	»	Guérie.	Vivant.	
Tampon.	»	»	Guérie.	Mort-né.	
Tampon.	»	Artif.	Guérie.	Vivant.	
Tampon.	»	»	Guérie.	Mort.	
Tampon en ville.	»	»	Morte (f. puerpérale).	Mort-né.	
Tampon en ville.	Version et extraction à travers le placenta.	»	Guérie.	Mort-né.	

OBSERVATIONS

Observation I (Maternité. — *Placenta prævia central.* — *Deux tampons successifs puis double ballon Chassagny.* — *Mère guérie.* — *Enfant mort.*

La nommée D..., 34 ans, 4e grossesse, enceinte de 7 mois 1/2.

Entrée à la Maternité le 28 juillet 1884 à midi.

Utérus volumineux ; excès de liquide amnotique. La femme raconte que le matin, après avoir soulevé un fardeau, elle a senti son enfant exécuter des mouvements brusques, puis rester complètement immobile. On n'entend d'ailleurs aucun bruit d'origine fœtale.

Au toucher : col long, ouvert, orifice interne permettant au doigt explorateur d'arriver sur un cotylédon. Au-dessus, on sent un tête qui ballotte.

Dans les culs-de-sacs vaginaux, le segment inférieur est partout épais ; l'on est donc en présence d'une insertion centrale.

La femme après cet examen, perd du sang en assez grande abondance. — *Tamponnement* avec 41 bourdonnets enduits de cérat phéniqué.

A 2 heures, M. Tarnier fait retirer le tampon ; le col a gardé sa longueur, mais, la femme ne perdant plus, on ne juge pas à propos de recommencer le tamponnement.

Vers 5 heures du soir, l'écoulement sanguin reparut ; nouveau *tampon*. La malade eut, toute la nuit, de violentes contractions utérines survenant toutes les 1/2 heures. A 4 heures du matin, Mme Henry fit retirer ce second tampon et appliquer le *double ballon de Chassagny*.

Les contractions utérines devinrent plus rapprochées. A 5 heures, ce ballon fut chassé, laissant le col dilaté comme 5 francs mais souple.

A 7 heures du matin, la dilatation étant comme une paume de main

Mme Henry perfora le placenta : il s'écoula une quantité assez considérable de liquide amniotique de couleur rosée. Le fœtus était tellement pelotonné sur lui-même que la saisie des pieds fut impossible.

La tête tendant toujours à s'abaisser, Mme Henry retira sa main, et l'orifice placentaire étant agrandi permit le passage de la tête fléchie.

L'accouchement se termina à 7 heures 40, spontanément.

L'enfant, pesant 2450 grammes, était mort et macéré.

Guérison de la femme.

Observation II (Maternité). — *Placenta prævia central. — Hémorrhagie : tampon arrête la perte et provoque le travail. — Mère guérie. — Enfant mort.*

La nommée L.., âgée de 34 ans, enceinte pour la 4e fois, à terme, entre à la Maternité le 4 janvier 1885 à 4 heures du soir. Hémorrhagie de la fin de la grossesse.

Présentation du siège en S.I.G.A. Enfant mort. Col long, largement ouvert.

On ne peut atteindre, par le toucher, aucune partie fœtale ; le doigt arrive sur la face utérine du placenta. La femme était en travail ; comme elle commençait à perdre du sang, Mme Henry fait aussitôt appliquer à 10 heures du soir un *tampon* (60 bourdonnets).

L'hémorrhagie s'arrête, aussitôt les contractions utérines devinrent régulières.

Le 5 janvier, à 8 heures 50 du matin, le tampon fut chassé hors du vagin.

On trouva le col effacé, l'orifice dilaté comme 5 francs et très souple. L'hémorrhagie recommençait. Mme Henry perforant le placenta, amena un pied à la vulve et fit l'extraction. Le délivre suivit.

L'enfant mort pesait 3.070 grammes.

Suites de couche normales.

Observation III (Maternité). — *Placenta prævia central. — Hémorrhagie du travail. — Tampon. — Mère guérie. — Enfant mort.*

La nommée B..., âgée de 32 ans, 4e grossesse ; enceinte de six mois

et demi, fut reçue à la Maternité le 25 juillet 1885 à 9 heures 20 du soir. Présentation du sommet en O.I.G.

Au toucher : col effacé, dilatation comme 2 francs ; insertion centrale Le vagin est rempli de caillots répandant une odeur très fétide.

Hémorrhagie arrêtée par des injections chaudes.

Le lendemain 26 à 1 heure du matin, nouvelle hémorrhagie ; *tampon*.

A partir de son application, les contractions utérines deviennent plus fréquentes.

Il est retiré au bout d'une heure, imbibé. Dilatation presque complète.

Mme Henry fit le décollement du placenta, rompit les membranes sur son bord et pratiqua la version. L'enfant, pesant 1900 grammes, fit quelques inspirations, puis succomba. Guérison de la mère.

Observation IV (Maternité). — *Placenta prævia central. — Hémorrhagie du début du travail. — Tampon. — Mère guérie. — Enfant vivant.*

La nommée M..., âgée de 35 ans, III pare, à terme, entre à la Maternité le 10 juin 1886.

La veille de son entrée, elle avait perdu du sang pour la première fois et en notable quantité. Mais la femme n'est nullement affaiblie.

A l'examen, on trouve le col assez long, largement ouvert ; le segment inférieur épais partout ; l'enfant vivant.

Les attouchements du col, quoique légers, firent naitre des contractions utérines qui décollèrent le placenta ; une hémorrhagie s'en suivit, assez abondante pour nécessiter le *tamponnement*. La malade était indocile, se levait ; aussi, une heure après son application Mme Henry fut-elle obligée d'enlever le tampon. Trouvant un col dilatable, elle traversa avec la main le placenta en son centre, amena un pied à la vulve et abandonna l'accouchement aux efforts de la nature ; les contractions poussèrent peu à peu le fœtus, dont le siège vint appuyer sur le placenta et favoriser l'hémostase, et qui fut ainsi expulsé peu à peu spontanément.

L'enfant naquit en état de mort apparente, mais fut ranimé. Le placenta, complètement décollé, fut expulsé aussitôt après lui.

La mère et l'enfant quittèrent le service en bon état.

Observation V (Maternité). — *Placenta prævia central. — Deux tampons insuffisants en ville. — Femme arrivée exsangue. — Mort de la femme et de l'enfant.*

La nommée B..., âgée de 46 ans, enceinte pour la 5e fois, à terme, entra à la Maternité le 20 juillet 1886, à 8 heures du soir.

Cette femme perdait du sang depuis 3 mois. Elle avait subi, les deux jours précédents, *en ville*, deux *tamponnements insuffisants* ; et le sang coulait encore à son arrivée, malgré la présence du tampon.

Elle était presque *exsangue*.

Au palper présentation du siège en S.I.D.P.

Auscultation négative.

Au toucher : col court, largement ouvert, très dilatable.

On n'atteignait partout que le placenta.

Celui-ci fut perforé et l'enfant extrait par la version. Il était mort et macéré et pesait 3.550 grammes.

Délivrance artificielle immédiate ; injection chaude.

La femme ne perdit plus de sang, mais eut de la dyspnée, devint agitée et se refroidit.

Elle mourut le 21 au matin malgré l'injection intra-veineuse d'une grande quantité de serum artificiel, malgré l'autotransfusion.

Observation VI (Maternité). — *Placenta prævia central. — Tampon ; arrêt de l'hémorrhagie et accélération du travail. — Mère et enfant vivants.*

La nommée D..., 32 ans, secondipare, à terme, entre à la Maternité le 25 août 1886 à 4 heures du soir.

Présentation du sommet en O. I. G.

Col long, ouvert dans toute son étendue : on ne trouve, au niveau de l'orifice, que du placenta ; aucune partie fœtale n'était accessible.

Cette femme, avant son arrivée, avait perdu une grande quantité de sang. L'hémorrhagie continuant, un *tampon* de 66 bourdonnets fut appliqué à 6 heures du soir ; à 8 heures, les contractions se déclarèrent.

Quand on retira le tampon, l'orifice était très dilatable.

Le placenta fut perforé en son centre et la version pratiquée.

L'enfant, né en état de mort apparente, fut ranimé. Il pesait 3030 gr.

La délivrance artificielle fut faite immédiatement.

La mère et l'enfant sortirent en bon état.

Observation VII (Maternité). — *Placenta prævia central. — Tampon. — Mère guérie. — Enfant mort.*

Femme de 35 ans, arrivée au terme de sa quatrième grossesse, entre à la Maternité le 19 janvier 1887.

Elle a eu des pertes de sang pendant sa grossesse.

Présentation du sommet en O. I. G.

Col long, ouvert dans toute son étendue. On ne trouve au niveau de l'orifice que du placenta. *Tamponnement* : une heure après le travail se déclare ; au bout de 3 heures on enlève le tampon et l'on trouve le col effacé et l'orifice très dilatable. Madame Henry traverse le placenta et fait la version lentement parce que le col est très tendu.

L'enfant est mort-né et pèse 1780 grammes.

Délivrance et suites de couches naturelles.

Observation VIII (Maternité). — *Placenta prævia total. — Hémorrhagies de la grossesse. — Tampon. — Travail. — Hémorrhagies post-partum par inertie invincible du segment inférieur. — Mort de la femme. — Enfant vivant.*

La nommée P..., 34 ans, secondipare, enceinte de 7 mois 1/2, entre à la Maternité le 1er avril 1888. Depuis un mois, elle a perdu du sang à plusieurs reprises. Col court, ouvert; aucune partie fœtale n'est accessible, car l'insertion du placenta sur le segment inférieur est centrale. Enfant vivant.

A son arrivée, la femme perd un peu. Pendant 12 jours, à dater du jour où elle entra, elle eut quelques légères hémorrhagies. Le 13, à minuit, survint une nouvelle perte. En présence de ces hémorrhagies qui avaient fini, en se répétant, par affaiblir la femme, on se décida à faire le *tamponnement*.

Les contractions apparurent aussitôt, régulières et progressives.

Vers midi, elles augmentèrent d'intensité et la femme poussait.

Mme Henry fit retirer le tampon, qui était imbibé, et, trouvant une dilatation complète, traversa le placenta et fit la version. Mais le sang, qui une fois le tampon enlevé, s'était mis à couler abondamment, ne s'arrêta pas après la délivrance, laquelle se fit immédiatement après l'extraction. Il n'y avait pas de lésion du col, mais le segment inférieur restait inerte pendant que le corps de l'utérus était bien rétracté.

Les injections très chaudes ni l'application locale de tampons d'agaric ne purent modifier l'écoulement. La femme pâlissait de plus en plus et commençait à s'agiter. Compression de l'aorte ; ligature des membres inférieurs avec la bande d'Esmark, injections d'ergotine : tout fut inutile; l'hémorrhagie continua sous forme d'un suintement continu ; la malade s'affaiblit de plus en plus et mourut 2 heures après la naissance de son enfant qui, en état de mort apparente fût vite ranimé. Il pesait 2440 grammes.

Observation IX (Maternité). — *Placenta prævia marginal. — Hémorrhagies de la grossesse. — Hémorrhagie grave du début du travail. Arrêt de l'hémorrhagie et accélération du travail par l'application du tampon. — Mère guérie. — Fœtus mort.*

La nommée S..., âgée de 27 ans, blanchisseuse, est arrivée à la Maternité le 15 juin 1891, à 1 heure du soir, et raconte qu'elle a des pertes de sang depuis 6 semaines.

Le 27 avril, à 11 heures du soir, peu de temps après s'être couchée, la femme, se sent inondée par un liquide tiède qui imprègne et traverse draps et matelats, et goutte sur le plancher de sa chambre. Elle se procure une lumière et constate avec effroi que c'est du sang qui la baigne ainsi et qu'elle continue à perdre en abondance.

Un médecin appelé aussitôt introduit *quelques bourdonnets* dans le vagin. L'hémorrhagie s'arrête bientôt.

Depuis cette époque, à cinq ou six reprises et à des intervalles inégaux de plus en plus rapprochés, il se produit d'autres pertes notables mais moins abondantes toutefois que la première.

Dans l'intervalle des pertes, suintement de sang presque continu.

A son arrivée, on constate qu'elle est moins anémiée et que son état général est plus satisfaisant que ne le ferait supposer le récit de ses pertes antérieures.

L'abdomen est développé comme celui d'une femme à terme.

Le siège du fœtus est au fond de l'utérus et la tête est mobile au niveau de l'hypogastre. Enfant vivant. Le col est long, mais perméable. Le toucher ne permet pas d'arriver sur une partie fœtale. Le doigt atteint le bord décollé du placenta affleurant l'orifice interne à droite et en arrière.

Cette femme, sans antécédents morbides, est une multipare enceinte pour la cinquième fois et dont les grossesses et accouchements antérieurs ont été normaux.

Elle a eu ses dernières règles pendant toute la première semaine de septembre 1890. La première hémorrhagie s'est donc produite à la fin du huitième mois.

Deux heures après son entrée, la malade est prise d'une nouvelle hémorrhagie tellement intense qu'elle pâlit rapidement et tombe en quelques instants dans un *état* presque *syncopal*.

On a recours alors au *tamponnement* : 50 bourdonnets sont introduits dans le vagin. L'hémostase est complète, mais la pâleur persiste, avec des sueurs froides et une extrême faiblesse. Piqûres d'éther. Alcool à l'intérieur.

Le tampon est d'abord bien toléré ; mais la malade accuse bientôt de vives douleurs de reins qu'il faut sans doute mettre sur le compte du travail qui s'accélère. Les contractions utérines dont le début remonte à 3 heures du matin, ont, en effet, sous l'influence du tampon, augmenté de fréquence et d'énergie. Vers 8 heures du soir, les bruits du cœur fœtal se ralentissent et deviennent irréguliers.

On enlève le tampon, dont les bourdonnets les plus profonds sont seuls imbibés Derrière lui sortent quelques caillots. Le doigt arrive sur la tête fœtale et la poche des eaux bombe pendant les contractions. On rompt les membranes. Il s'écoule une petite quantité de liquide amniotique.

Le sommet vient s'appliquer sur l'orifice dont la dilatation est vite achevée. La femme ne perd plus, et, 45 minutes après l'enlèvement du tampon , elle accouche spontanément d'un fœtus mort du poids de 3.000 grammes. Délivrance naturelle complète au bout de 20 minutes. L'utérus se rétracte bien. Injection intra-utérine d'une solution chaude-

faible de sublimé. Les suites de couches ont été normales, sauf une élévation éphémère de la température. La femme est sortie en bon état.

Observation X (Maternité). — *Placenta prævia. — Hémorrhagie arrêtée et travail provoqué par le tampon. — Mère guérie. — Enfant mort.*

La nommée Ch.., âgée de 30 ans, enceinte pour la 3e fois, arrivée au terme de sa grossesse, entre à la Maternité le 24 juillet 1891, à 4 heures 30 du soir.

Tête dans la fosse iliaque gauche, siège dans le flanc droit, dos en arrière, présentation de l'épaule gauche en A. I. G. Enfant vivant.

Col long, mais perméable ; membranes intactes ; segment inférieur épais, excavation vide.

La femme dit avoir perdu dans la matinée une certaine quantité de sang.

A 8 heures du soir, nouvelle hémorrhagie, cette fois très abondante

Mme Henry trouve le vagin rempli de caillots.

La femme continue à perdre, malgré les injections chaudes

On pratique le *tamponnement* avec des bourdonnets de coton hydrophile.

Au bout de quelques instants surviennent des contractions énergiques.

Le tampon est enlevé le 25 à 8 heures du matin.

La dilatation étant jugée suffisante pour autoriser une intervention.

Mme Henry fait la version pelvienne. L'extraction se fit bien ; elle était terminée à 8 heures 45. Le fœtus, un garçon du poids de 3050 grammes avait succombé pendant le travail. La mère est sortie en bon état.

Observation XI (Maternité). — *Placenta prævia central. — Hémorrhagies du travail. — Deux tampons successifs. — Mère guérie. — Enfant mort.*

La nommée L..., âgée de 31 ans, enceinte pour la 6e fois, se présente à la Maternité le 20 janvier 1892 à 6 heures du soir ; le même jour, à midi, une hémorrhagie assez abondante était survenue.

On trouve l'utérus très développé, le fœtus vivant, mobile dans un liquide amniotique en excès ; un col long et perméable.

En avant et à droite, le doigt arrive sur des membranes épaisses ; à gauche et en arrière on sent un caillot en partie détaché. La femme ne perd plus à son arrivée, mais le soir, vers 10 heures, apparaît une nouvelle perte, abondante, et qui ne cède pas aux injections chaudes.

Un *tampon* est appliqué : 26 bourdonnets de coton hydrophile sont introduits dans le vagin et maintenus par un bandage en T ; les contractions utérines, faibles jusque là, acquièrent une certaine énergie durant toute la nuit, mais cessent presque complètement dans la matinée du 21. Le tampon est retiré à midi, à peine teinté. La femme ne perd plus. Le col n'est pas encore complètement effacé, mais il est assez largement ouvert pour permettre de sentir d'une façon très nette les cotylédons placentaires et nulle part les membranes. Dans l'après-midi, les contractions réapparaissent, amenant avec elles un écoulement.

Mme Henry, craignant le retour de l'hémorrhagie fait appliquer un *nouveau tampon* à 6 heures du soir ; ce tampon est retiré le lendemain 22 à 9 heures du matin. La dilatation permet d'explorer le placenta sur une plus grande surface. A 11 heures, nouvelle hémorrhagie abondante.

Mme Henry se décide à intervenir ; elle perfore le placenta et abaisse les deux pieds jusqu'à l'orifice vulvaire. La femme accouche spontanément à 1 heure 20 d'un fœtus mort pesant 2.400 grammes. Délivrance naturelle.

Suites de couches normales.

Observation XII (Maternité). — *Placenta prævia partiel. — Hémorrhagie grave du travail après rupture spontanée des membranes. — Tampon. — Femme guérie. — Enfant mort.*

La nommée B..., 34 ans, primipare, à terme.

Hémorrhagie peu intense, mais qui dura 3 semaines, pendant le 3e mois. Apportée à la Maternité sur un brancard, le 23 avril 1892 à 2 heures du matin. La veille, les membranes s'étaient spontanément rompues à 6 heures du soir et les premières contractions avaient apparu à 7 h. 30.

La femme s'était alors rendue chez une sage-femme de la ville où elle devait faire ses couches. A 10 heures du soir, une hémorrhagie abondante s'étant déclarée, un médecin appelé avait pratiqué sans retard le *tamponnement* vaginal et conseillé de conduire la femme à l'hôpital.

A son arrivée, celle-ci ne semble pas trop affaiblie.

On retire le tampon, en partie imbibé.

Au toucher, on trouve alors un col court, largement ouvert ; une grande partie du placenta est décollée et accessible. La tête est élevée. Des contractions énergiques qui surviennent la font s'engager. Vers 7 heures du matin, la portion du placenta qu'on avait sentie à l'arrivée, était en grande partie remontée et presque inaccessible, et l'on arrivait, à droite, sur les membranes. Le sommet appuyait sur l'orifice dilaté comme une paume de main. A 10 heures, la dilatation était complète et à 11 h. 10, la femme accouchait spontanément d'un fœtus mort. Délivrance naturelle. Suites de couches normales.

Observation XIII (Clinique de la rue d'Assas). — *Insertion partielle. — Hémorrhagies de la grossesse et du travail. — Femme à terme, état grave. — Deux tamponnements successifs. — Rupture des membranes à dilatation complète. — Version. — Extraction d'un enfant mort. — Mère guérie.*

La nommée R..., 28 ans, VI pare a eu ses dernières règles du 1er au 3 décembre 1890. La grossesse évolua normalement jusqu'au 16 avril 1891. Ce jour, la femme était assise à coudre lorsqu'elle fut prise d'une abondante hémorrhagie ; effrayée par la quantité de sang et de caillots qu'elle perdait, elle se mit au lit.

Une sage-femme appelée crut à un début de travail et rassura la malade. Mais aucune douleur ne survint ; la perte s'arrêta, et la femme se remit à vaquer à ses affaires. Vingt-cinq jours plus tard, le 10 septembre, étant couchée à 1 heure du matin elle se sentit mouillée dans son lit ; elle se leva pour uriner et remplit un vase de nuit de sang liquide et de caillots. Cette fois, elle fit venir un médecin, qui lui conseilla d'entrer d'urgence dans un hôpital. On l'amena à la clinique ce même jour, à 4 heures du soir. L'hémorrhagie continuait, *l'état général était très grave* ; facies pâle, lipothymies, extrémités glacées, sueurs

froides, pouls rapide et filiforme, respiration courte et oppressée. On craint à tout moment une syncope mortelle ; des injections d'éther sont pratiquées. On donne de l'alcool à l'intérieur.

A l'examen, on trouve l'abdomen développé comme celui d'une femme à terme, un enfant vivant, se présentant par le sommet en O. I. G., tête élevée et mobile. La dilatation égale une pièce de 50 centimes. Les membranes sont intactes, les cotylédons accessibles à gauche, dans une grande étendue. En raison de l'état grave, de l'élévation de la tête, et d'un léger rétrécissement du bassin (p. s. p. = 11), la perforation des membranes est rejetée, et M. Démelin fait un premier *tamponnement*. A 6 heures, la femme est conduite à la salle de travail et le tampon retiré. Dilatation d'une petite paume de main. *Nouveau tampon*. Cathétérisme. A 7 heures, de fortes contractions utérines apparaissent et la femme fait des efforts d'expulsion.

A 9 heures, on retire ce 2e tampon ; les bruits du cœur fœtal ne sont plus perçus. La dilatation est complète.

M. Démelin, pour ne pas décoller le placenta, se sert d'un perce membranes pour ouvrir l'œuf, procède à la version pelvienne assez pénible parce que la tête est déjà amorcée, et extrait sans difficulté un enfant mort du poids de 3450 grammes derrière lequel le placenta est immédiatement expulsé.

Le travail avait duré 17 heures 1/2.

Suites de couches normales. La femme est sortie en bon état le 19 septembre.

Observation XIV (Clinique de la rue d'Assas). — *Insertion partielle. — Hémorrhagies répétées pendant toute la grossesse. — Femme très anémiée. — Hémorrhagie du travail. — Trois tamponnements successifs. — Rupture des membranes à dilatation de paume de main. — Ballon Champetier. — Version. — Syncope mortelle deux heures après l'extraction d'un fœtus mort-né.*

La nommée G..., 36 ans, enceinte pour la 13e fois entre à la clinique de la rue d'Assas le 17 février 1892.

A été réglée il y a 7 mois, mais *ses règles*, au lieu de finir le 4e jour

comme c'était l'habitude, *ont continué presque sans interruption jusqu'au moment de son admission* ; le sang était franchement rouge.

Dans les premiers mois de la grossesse, ce suintement n'était pas accompagné de douleurs, mais, depuis 5 mois, la femme éprouve toutes les semaines des douleurs qui persistent 2 ou 3 jours pendant lesquels la perte est plus abondante qu'à l'ordinaire.

A l'examen, on constate que l'utérus est normalement développé, par rapport à l'âge présumé de la grossesse. L'enfant, vivant, mais ne paraissant pas très volumineux, se présente par l'extrémité céphalique, qu'on sent mobile au-dessus du détroit supérieur.

Au toucher, le vagin est rempli de caillots, le col court, perméable à ses 2 orifices ; le doigt arrive sur la tête coiffée des *membranes qui sont rugueuses, épaisses*. En explorant le segment inférieur, on constate qu'il est beaucoup plus épais dans sa moitié postérieure, et, à travers le cul-de-sac antérieur, en s'aidant du palper, on sent la tête qui ballotte.

La femme est pâle, *exsangue*: cet état d'anémie s'explique suffisamment par les hémorrhagies répétées dont elle a dû faire les frais.

Pendant son séjour à la clinique, on trouve tous les matins le pansement vulvaire teinté d'un peu de sang ; sous l'influence du seul repos, les pertes ont beaucoup diminué d'intensité.

Malgré le caractère particulier des pertes qu'a eues cette femme, pertes presque quotidiennes, remontant au début de la grossesse, et accompagnées de douleurs, M. le professeur Tarnier, en raison des signes très nets fournis par le toucher, croit qu'il s'agit d'un placenta inséré sur la partie postérieure du segment inférieur, et dont le bord recouvre l'orifice interne.

Dans la nuit du 2 au 3 mars, vers minuit, la malade fut prise d'une hémorrhagie subite que l'on évalue à 500 grammes environ.

On applique immédiatement un premier *tampon*, et, comme le pouls était rapide et faible, on fait une piqûre d'éther et une injection de sérum artificiel et l'on donne du groog et du champagne frappé.

Le 3 au matin, l'état général est toujours le même ; la femme ayant quelques douleurs expulsives, le tampon est retiré : les bourdonnets que l'on enlève sont absolument étanches. Le col était effacé mais non encore dilaté. On sentait très bien à nu les cotylédons placentaires. A ce moment, l'auscultation était négative.

Un *nouveau tampon* fut immédiatement appliqué, afin de mettre la malade à l'abri de la moindre perte et de lui permettre de prendre des forces en vue d'une intervention. Ce tampon est retiré à 1 heure 45. La dilatation est de la grandeur d'une pièce de 5 francs.

Troisième tampon, qui demeure en place jusqu'à 5 heures du soir.

La parturiente a des douleurs expulsives très fortes. On retire le tampon et on trouve le col dilaté comme une paume de main, avec des bords très souples. Rupture des membranes et *ballon Champetier* gonflé avec 500 grammes de liquide. Après 15 minutes de tractions exercées sur le tube, le ballon tombe dans le vagin.

Version ; l'évolution et l'extraction furent faciles. Le placenta sortit en même temps que le tronc du fœtus, qui pesait 1850 grammes et était mort. Pendant 1 heure 1/2, la nouvelle accouchée fut l'objet des soins les plus minutieux : enveloppement dans des linges chauds, groogs, injections sous-cutanées d'éther et de sérum artificiel, auto-transfusion, etc...

Rien n'y fit ; une syncope mortelle survint à 7 heures du soir.

OBSERVATION XV (Clinique de la rue d'Assas). — *Insertion latérale. — Hémorrhagies de la grossesse et du travail. — Bassin vicié* (p. s. p. = 10,2). — *Tamponnement. — Rupture des membranes à dilatation d'une paume de main. — Accouchement spontané à terme. — Enfant vivant. — Mère guérie.*

Justine C..., âgée de 34 ans; arrivée au terme de sa 2e grossesse, entre à la Clinique de la rue d'Assas le 25 février 1892, à 9 heures du soir. Le matin à 6 heures elle a été prise dans son lit, sans cause, sans douleurs, d'une hémorrhagie abondante qui a duré toute la journée et a nécessité son transport à l'hôpital.

A l'examen, on constate une présentation du moment en O. I. D. T. la tête est très mobile au-dessus du détroit inférieur, sans tendance à l'engagement. Les bruits du cœur fœtal sont bien frappés.

Le squelette présente des signes peu accentués de rachitisme.

Au toucher, le vagin est rempli de caillots, l'excavation vide : on atteint avec peine, en arrière de la symphyse pubienne, la partie fœtale

à travers le cul-de-sac antérieur qui présente son épaisseur normale.

Le cul-de-sac postérieur est épais.

Le col est complètement ramolli, court, non dilaté mais aisément perméable à ses deux orifices ; le doigt arrive sur des membranes rugueuses ; nulle part on ne rencontre des cotylédons.

Le bassin est rétréci dans le sens antéro-postérieur seulement ; le diamètre promonto-sous-pubien mesure 10 cent. 2.

L'hémorrhagie a cessé.

Le 26 février, à 8 heures du matin, la femme éprouve de légères douleurs, et comme elle perd du sang, elle est conduite à la salle de travail où l'on pratique le *tamponnement*.

Le lendemain matin 27 à 10 heures, l'orifice étant dilaté plus qu'une pièce de 5 francs, M. le professeur Tarnier rompt les membranes.

Les douleurs se succèdent énergiquement pendant toute la journée, la dilatation devient complète ; la partie fœtale étant lente à descendre dans l'excavation, comme elle demeure en position postérieure, on la réduit artificiellement. A 9 heures 30 du soir, la femme accouche spontanément d'un enfant du sexe masculin pesant 3350 grammes. Le diamètre bipariétal mesure 9 cent. 4. — Circulaire serré coupé entre deux pinces.

Le liquide amniotique écoulé après la sortie du fœtus était fortement teinté de méconium.

L'enfant, né en état de mort apparente, fut vite ranimé.

La délivrance s'est faite à 10 heures 10 du soir. Le travail avait duré 13 heures 1/2 pendant lesquelles la femme avait perdu 500 grammes de sang.

Le placenta pèse 450 grammes : les membranes, complètes, ont été ouvertes sur son bord. Suites de couches normales : 10 jours après la mère et l'enfant quittaient la clinique en bon état.

Observation XVI (Clinique de la rue d'Assas). — *Insertion marginale. — Hémorrhagies abondantes au début du travail. — Accouchement spontané d'un enfant macéré, 4 heures après l'application du tampon vaginal. — Mère guérie.*

La parturiente, âgée de 44 ans, arrivée au 8e mois de sa 13e gros-

sesse, est conduite à la clinique de la rue d'Assas, le 16 mai 1893, à 6 h. 50 du matin, par une sage-femme de la ville.

La veille au soir, à 9 heures, elle avait eu, sans cause, une abondante hémorrhagie, laquelle s'était bientôt arrêtée spontanément. La femme s'était alors endormie et avait été réveillée par une nouvelle perte à 2 heures du matin. La sage-femme était venue à 4 heures et avait fait le *tamponnement*.

La femme accoucha spontanément, à 7 h. 50 du matin, une heure après son entrée à la salle de travail, à la fois du tampon, d'un fœtus mort et macéré pesant 1420 grammes, du placenta encore relié au fœtus par le cordon, et d'un gros caillot. Cette femme voulut quitter la clinique le 24 mai, malgré le conseil qu'on lui donna de rester encore quelques jours.

Observation XVII (Clinique de la rue d'Assas). — *Insertion partielle. — Hémorrhagies pendant la grossesse et le travail. — Tampon. — — Rupture des membranes à 5 francs de dilatation. — Version. — Extraction d'un fœtus vivant, mais mort peu après. — Délivrance artificielle. — Guérison de la mère.*

La femme, III pare, au 7e mois de sa grossesse, entre à la clinique de la rue d'Assas, le 24 août 1893.

Depuis le 24 juin, date de sa première hémorrhagie; elle a eu, tous les huit jours environ, des pertes légères ; une plus grave est survenue dans la nuit du 23 au 24 août. A son entrée, on entend les bruits du cœur fœtal faibles, comme voilés. Le col est long, perméable à ses deux orifices. Le doigt sent les cotylédons placentaires en avant et à droite, et les membranes en arrière. On applique le *tampon*. L'hémorrhagie s'arrête ; bientôt apparaissent des contractions utérines douloureuses très intenses, et des efforts d'expulsion tendant à faire sortir le tampon. Celui-ci est retiré. Le col est dilaté comme 5 francs, souple.

La partie fœtale (sommet en O. I. D.) est élevée.

Rupture des membranes avec le perce-membranes. Version facile. L'enfant naît en état de mort apparente, est ranimé, mais succombe au bout d'un quart d'heure. Délivrance artificielle immédiate.

La femme est sortie en bon état le 1er septembre.

Observation XVIII (Clinique de la rue d'Assas). — *Insertion partielle. — Hémorrhagie de la grossesse et du travail. — Deux tampons successifs. — Rupture des membranes à dilatation complète. — Version, extraction. — Fœtus mort peu après sa naissance. — Mère guérie.*

La nommée G..., 37 ans, VIII pare, enceinte de 8 mois, entre à la clinique le 7 juin 1894.

Elle a eu une première hémorrhagie le 13 mai et, à partir de ce moment perdait tous les 8 ou 10 jours pendant 24 à 48 heures.

La nuit du 6 au 7 juin, elle a eu une perte très abondante et les premières douleurs ont apparu le 7 à 5 h. 1/2 du soir.

A son arrivée, elle est *pâle, anémiée.*

Présentation du sommet en O. I. G. T. tête mobile au-dessus du détroit inférieur. Enfant vivant.

Col long, perméable aux deux orifices. Le doigt ne sent partout qu'une masse molle et spongieuse ; les culs-de sacs sont épaissis et la partie fœtale ne peut être perçue par le toucher.

Comme la femme a perdu beaucoup de sang et qu'elle en perd encore, M. Démelin applique le *tampon* vaginal ordinaire après avoir placé dans le col une mèche de gaze iodoformée.

Les contractions utérines se réveillent, et l'hémorrhagie cesse.

Le 8 juin, à 5 heures du matin, en présence des efforts expulsifs faits par la parturiente, on envoie prévenir M. Démelin. Celui-ci assiste à l'expulsion des bourdonnets, et trouve l'orifice dilaté comme une paume de main, sent les cotylédons dans la plus grande partie de l'aire de la dilatation, mais arrive cependant en arrière sur une petite surface membraneuse à travers laquelle il peut explorer la tête et reconnait la suture sagittale et une main procidente.

La tête est toujours élevée et mobile et l'enfant vivant.

La femme recommence à perdre. *Nouveau tampon*, qu'on retire à 10 heures 30 en présence de M. le professeur Tarnier.

Celui-ci introduit sa main droite dans le vagin, trouve un orifice presque complètement dilaté et, ayant rompu les membranes avec le doigt, va dans la cavité utérine à la recherche des pieds ; mais il rencontre de la difficulté pour contourner le tronc du fœtus, très mobile et qui obéit à la main.

Les contractions utérines rendent d'ailleurs cette manœuvre très pénible et très fatigante.

M. Démelin à son tour introduit la main gauche, rencontre le placenta largement décollé, mais ne retrouve pas l'orifice créé par M. Tarnier. Il déchire le placenta, puis l'amnios et, tout au fond de l'utérus, saisit le pied antérieur et l'abaisse. L'arrière-faix descend en même temps que le fœtus, sur le dos duquel il est appliqué.

L'extraction se fait sans trop de difficulté et la femme perd peu de sang.

Le nouveau-né est en état de mort apparente. Son cœur bat lentement et faiblement. Frictions, bains, insufflation de bouche à bouche et avec le tube laryngien, tractions de la langue, tout est mis en œuvre. Avec l'insufflation, on obtient quelques inspirations spontanées et des mouvements des membranes.

Mais le cœur se ralentit et la mort arrive à 2 heures de l'après-midi.

Cet enfant pesait 2250.

Le travail avait duré 17 h. 50.

La femme sortit le 17 juin en bon état.

Observation XIX (Clinique de la rue d'Assas). — *Insertion partielle. — Hémorrhagie du début du travail. — Rupture prématurée spontanée des membranes. — Nouvelle perte. — Tampon. — Application de forceps sur le sommet en O. I. G. A. — Enfant mort-né. — Mère guérie.*

La femme Ch..., 33 ans, VIII pare, arrivée à la fin du 8e mois de sa grossesse, perd, sans cause, le 27 juillet 1894, du sang en assez grande abondance. Un médecin appelé conseille de mener immédiatement cette femme à la clinique. A son arrivée, on trouve la tête dans le flanc droit et le dos en avant.

Les bruits du cœur fœtal s'entendent au niveau de l'ombilic.

Le col est long et ouvert à ses deux orifices, le segment inférieur épaissi dans sa plus grande étendue. L'écoulement sanguin a diminué, et la rupture prématurée spontanée des membranes s'est faite à 10 heures du soir.

Le 28, à une heure du matin, l'hémorrhagie devient plus abondante, (on recueille 450 grammes de caillots) en même temps qu'apparaissent les premiers signes du travail. Mlle Hanicot fait le *tamponnement* (47 bourdonnets introduits) ; l'hémorrhagie cesse. La femme est pâle, mais le pouls reste bon. A 10 heures du matin, la malade faisant des efforts d'expulsion, M. Bar retire le tampon et trouve une dilatation complète. Le sommet se présente en O. I. G. A. et franchit l'orifice utérin en même temps que le bord décollé du placenta.

Application de forceps et extraction d'un enfant mort pesant 2430 grammes, et qui avait succombé pendant le travail.

Délivrance naturelle et complète 20 minutes après.

La rupture des membranes s'est faite sur le bord même du délivre.

Le travail avait duré 10 heures 30.

La femme a présenté pendant quelques jours, une température élevée, dont les injections utérines iodées ont eu vite raison.

Elle est sortie en bon état le 11 avril.

Observation XX (Clinique de la rue d'Assas). — *Grossesse de 6 mois 1/2. — Insertion marginale. — Présentation de l'épaule. — Hémorrhagie du début du travail. — Rupture prématurée spontanée des membranes. — Nouvelle perte. — Tampon. — Version et extraction d'un enfant mort. — Femme guérie.*

Jeanne B..., 29 ans, IV pare, enceinte de 7 mois 1/2. Pas d'hémorrhagie pendant la grossesse. Le 31 juillet 1894, à la clinique, la femme perd un peu de sang en même temps qu'elle ressent les premièree douleurs. Il est 2 heures du soir.

Le 1er août à 1 h. 35 du matin, rupture prématurée spontanée des membranes. Dilatation égale à une pièce de 5 francs. Présentation de l'épaule gauche en A. I. D.

Mlle Hanicot tente la version de Braxton-Hicks ; elle introduit la main entière dans le vagin et rencontre une large portion du gâteau placentaire décollée et flottante, recouvrant presque tout l'orifice d'un col épais, résistant, non dilatable. La présentation est trop élevée pour permettre d'atteindre aucune partie fœtale. Comme pendant ces manœuvres il s'est écoulé du sang, Mlle Hanicot applique un *tampon*. A l'arrivée de M. Dé-

melin, 3 h. 30 du matin, la dilatation est complète ; il pratique la version. L'enfant, mort né du poids de 1.920 grammes, avait succombé au cours du travail. Délivrance artificielle immédiate.

Du bord placentaire part un vaisseau aberrant coupé net à 4 centimètres de ce bord. Le cotylédon auquel il se rendait, resté dans l'utérus, en sort, comme on l'espérait, avec le liquide de l'injection utérine pratiquée séance tenante.

La femme est sortie le 10 août en bon état.

Observation XXI (Clinique de la rue d'Assas). — *Insertion centrale. — Hémorrhagies répétées au début du travail. — Trois tamponnements successifs dont deux en ville. — Femme très anémiée. — Perforation du placenta. — Version et extraction d'un fœtus mort. — Mère guérie.*

Femme L.., 31 ans, IV parc. Age de la grossesse impossible à évaluer d'après la dernière apparition des règles, celles-ci étant inconstantes et irrégulières.

Première hémorrhagie le 23 août à 1 heure de l'après-midi, peu abondante.

Deuxième hémorrhagie, le 24 à 6 heures du matin, très abondante ; une sage-femme fut appelée, puis un médecin qui pratiqua le *tamponnement.*

Quelques douleurs apparaissent ; le tampon est expulsé 12 heures après son application. Puis douleurs et hémorrhagies cessent.

Le 27, à midi, troisième hémorrhagie ; *deuxième tampon* appliqué par le médecin dans l'après midi. Plusieurs syncopes dans la soirée et la nuit suivante.

La perte a cessé. La femme est amenée à la Clinique le 28 à 5 heures du matin. Présentation du siège complet. *Etat général alarmant.* Pouls faible. Facies très pâle. Le tampon est enlevé. Le col est encore long, perméable à ses deux orifices. Partout on sent les cotylédons placentaires et aussi loin et aussi profondément que le doigt peut pénétrer, il ne rencontre ni membranes ni partie fœtale. Nouvelle hémorrhagie dans la journée ; M. Démelin pratique le *tamponnement* (le 3e) en ayant soin, pour exciter les contractions utérines, de placer, deux bourdonnets au-

dessus de l'orifice interne. Champagne. Groogs. Etat général un peu amélioré.

Plus de perte. A 6 heures du soir, auscultation négative. Le 29, à 10 heures du matin, le tampon est enlevé. Le col laisse passer les doigts. M. Démelin traverse le placenta avec un perforateur et agrandit l'ouverture avec le doigt. Ecoulement de liquide amniotique en léger excès.

Abaissement d'un pied, extraction facile pendant laquelle la femme n'a pas perdu. Enfant mort né pesant 2.685 gammes.

Délivrance artificielle.

Mère sortie en bonne état.

Observation XXII (Clinique de la rue d'Assas). — *Insertion partielle. — Hémorrhagies avant le début du travail. — Tampon. — Rupture artificielle des membranes. — Hémorrhagie du travail et de la délivrance. — Extraction manuelle du placenta. — Enfant mort. — Mère guérie.*

Primipare. Jusqu'à la fin du 8e mois, grossesse normale.

Le 16 janvier, vers 8 heures du matin, la femme se réveille et se sent mouillée. Elle aurait perdu, sans avoir ressenti aucune douleur et sans cause appréciable, une quantité de sang suffisante pour traverser un drap plié en quatre.

L'hémorrhagie, faite de sang liquide et de caillots, s'arrêta d'elle-même pour se reproduire dans les mêmes conditions le vendredi 18 dans la nuit.

Le même jour, après-midi, nouvelle perte pour laquelle la malade vient à la consultation de la clinique, à 4 heures. L'enfant se présente par le sommet en O.I.G.A., vivant, la tête élevée bien que le bassin soit normal.

L'état général est bon, le pouls plein, le faciès coloré, la température normale.

La perte s'arrête encore spontanément. Au toucher, on trouve le col long, perméable, la tête recouverte des membranes dans la partie droite du segment inférieur, des caillots occupant la partie gauche et situés entre l'œuf et la paroi utérine.

La malade accuse quelques douleurs dans les reins. Injections chaudes.

On prépare un tampon et l'on surveille la femme.

Dans la nuit du 18 au 19, nouvelle perte. En raison de l'élévation de la tête, de la faible dilatation du col et de la résistance des tissus (la femme est une primipare), on applique le *tampon* vaginal.

L'hémostase est complète. On a pu recueillir et peser 320 grammes de caillots provenant de cette hémorrhagie. La femme est en bon état, le pouls bien frappé, un peu rapide, l'utérus dur et tendu.

Le 20 janvier au matin, la malade est examinée par M. le professeur Tarnier ; le tampon est retiré. La dilatation est large comme une pièce de 2 francs avec un cotylédon placentaire décollé en avant.

Les battements du cœur fœtal sont bons.

M. Tarnier rompt les membranes et annonce qu'il déchire un peu du bord du placenta. Le liquide amniotique s'écoule teinté de sang. Le fond de l'utérus s'abaisse un peu. A 11 h. 45 du matin, les bruits du cœur fœtal cessent d'être entendus. La femme perd un peu de sang. La dilatation est complète à 1 h. 45 de l'après-midi. A ce moment, nouvelle perte (300 grammes de sang pesé), mais bientôt le sommet s'engage et descend, et, à 2 h. 10, il se présente à la vulve en occipito-sacrée. M. Moreau, moniteur de garde, termine l'accouchement par une application de forceps.

Le périnée est intact. L'enfant est mort. C'est une fille de 2.670 gr. Comme il s'écoule encore du sang, Mlle Hanicot fait la délivrance artificielle à 2 h. 15. Le placenta était encore adhérent dans une large étendue, sur la paroi antérieure du segment inférieur. Il pèse 430 grammes ; il est mince et d'une largeur insolite, avec, au centre, des cotylédons atrophiés. Le bord qui répondait au col est noirâtre congestionné et déchiré par le doigt qui a rompu les membranes. La femme est pâle mais son état n'inspire pas d'inquiétudes sérieuses. Les suites de couches ont été normales.

Observation XXIII (Clinique de la rue d'Assas). — *Insertion latérale. — Hémorrhagies répétées de la grossesse à partir du 4e mois. — Avortement de la fin du 6e mois. — Hémorrhagies du travail. — Tampon qui assure et accélère la marche du travail. — Rupture artificielle des membranes à dilatation presque complète. — Extraction d'un fœtus mort-né. — Mère guérie.*

Femme M..., 37 ans, III pare, a eu ses dernières règles du 22 au 26 juillet 1894.

Le 30 novembre (elle était alors à la fin du 4e mois de sa grossesse), à 8 heures du soir, première hémorrhagie, abondante. La femme dormait et ce n'est qu'en se sentant mouillée qu'elle s'est aperçue de sa perte, laquelle s'est, d'ailleurs, arrêtée spontanément.

Le 10 janvier 1895, à 10 heures du soir, nouvelle hémorrhagie dans les mêmes conditions, se continuant jusqu'au lendemain matin 10 heures.

Le 21 janvier, à 7 heures du soir, la femme était couchée et commençait à s'endormir, lorsque survint une troisième hémorrhagie qui s'arrêta à minuit.

Le 22, à 5 heures du soir, nouvelle perte abondante qui décide la femme à se présenter à la clinique.

Femme pâle, *anémiée*, l'abdomen développé comme à 6 mois de grossesse, présentation du siège complet. Auscultation négative. Col long, perméable ; le doigt arrive sur des membranes rugueuses et épaisses. Segment inférieur épais. Le soir même de son entrée, à 9 heures, perte légère.

Le lendemain 23, à 3 heures de l'après-midi, apparition des premières douleurs ; hémorrhagie à 6 h. 1/2 et à 7 h. 1/4. Mlle Jeunemaître, sage-femme de garde, applique le *tampon* vaginal. La malade ne perd plus ; les contractions utérines deviennent subintrantes.

Le 24 au matin, M. Démelin retire le tampon et trouve une dilatation égale à une large paume de main. Il pratique la rupture artificielle des membranes à 9 heures et, ayant saisi un pied, extrait un fœtus mort pesant 1570 grammes. Délivrance artificielle immédiate.

La femme sort en bon état le 2 février, après des suites de couches physiologiques.

Observation XXIV (Clinique de la rue d'Assas). — *Insertion marginale. — Hémorrhagies au 8e mois. — Hémorrhagie du travail. — Tampon. — Dilatation achevée par ballon Champetier. — Sommet non-engagé. — Version impossible. — Enfant mort. — Basiotripsie. — Bassin normal. — Mère guérie.*

Joséphine B..., 28 ans, primipare, entre à la clinique le 16 mars 1895 à 6 heures 45 du matin. Dernières règles du 18 au 22 juin 1894. La femme raconte que, le 8 mars, au milieu de la nuit, pendant son sommeil et sans cause apparente, elle a eu une perte de sang abondante.

Le 16 au matin, nouvelle perte, cette fois très intense : à son réveil, et sans avoir ressenti de douleurs, elle s'est sentie mouillée, et, effrayée de se voir baignée de sang, s'est fait transporter d'urgence à la clinique. L'examen obstétrical pratiqué à son arrivée, à 6 heures 45 du matin, permet de constater que le volume de l'abdomen répond à celui d'une femme approchant du terme de sa grossesse, et l'absence de présentation.

Le maximum des bruits du cœur fœtal est à droite et à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Au toucher, on trouve le col long, fermé à l'orifice interne, le segment inférieur épais partout, sans partie fœtale appréciable. A sa visite, à 9 heures, M. le professeur Tarnier trouve les choses dans le même état, la femme perdant un peu. L'hémorrhagie, d'intensité moyenne, continue en même temps que les contractions utérines, qui ont apparu à 7 heures, se succèdent de 5 en 5 minutes environ.

De 10 heures du matin à 1 heure 1/2 de l'après-midi, on put recueillir et peser 530 grammes de caillots. A 1 heure 40, M. Démelin procède à l'application du *tampon* ; 25 bourdonnets sont introduits dans le vagin. L'hémorrhagie cesse. L'auscultation fait constater, vers 2 heures, le ralentissement et l'irrégularité des battements du cœur fœtal.

A 5 heures on cesse de les percevoir. A 6 heures, M. Démelin retire le tampon, demeuré étanche. Il trouve une dilatation de cinq francs. Il place alors, après avoir rompu les membranes à l'aide du force-membranes, un *ballon Champetier* dans lequel 500 centimètres cubes environ de liquide sont injectés.

De légères tractions exercées sur le tube de ce ballon, de façon à imiter la pression de la poche des eaux absente, achèvent de compléter la dilatation (7 h. 15). On constate alors une présentation du sommet non engagé, avec procidence d'un pied. M. Démelin introduit la main droite dans l'utérus et essaye de pratiquer la version, en vain, car il est très gêné par la rétraction du muscle utérin. La femme, à ce moment, perdant de nouveau, et le fœtus ayant succombé, M. Démelin a recours à la basiotripsie. L'opération fut rapide et l'extraction facile.

L'enfant, une fille, pesait 2950 grammes sans la matière cérébrale écoulée. Délivrance artificielle immédiate. Poids du placenta 400 gr. Tout était terminé à 7 heures 25. Le travail avait duré 12 heures 1/2.

Suites de couches normales. Femme sortie le 25 mars en bon état.

Observation XXV (nº 1 du mémoire de M. Démelin) (Résumée) Hôpital de la Pitié : service de M. Maygrier. — *Insertion centrale. — Hémorrhagies répétées de la grossesse. — Femme arrivée exsanguë. — Hémorrhagie du travail. — Tampon. — Rupture artificielle des membranes à dilatation complète, après décollement placentaire. — Syncope a vacuo. — Extraction et délivrance artificielle rapide. — Mort de la mère et de l'enfant.*

La nommée S., âgée de 33 ans, enceinte pour la 6e fois, et arrivée au terme de huit mois environ, est entrée le 21 octobre 1887, à 2 h. 1/2 du matin, à la Maternité de la Pitié. Au milieu de septembre, elle avait été prise brusquement et sans douleur d'une hémorrhagie. Un mois après était survenue une nouvelle perte qui dura huit jours. Une troisième hémorrhagie se montra le 29 octobre, une quatrième le 30 et une cinquième dans la nuit du 31 pour laquelle la femme se décide enfin à demander du secours.

C'est dans ces conditions, très affaiblie, exposée à de *fréquentes syncopes*, qu'elle fut conduite à l'hôpital. Son état général était grave ; décolorée et refroidie, avec un pouls à peine perceptible.

L'examen obstétrical montra un utérus volumineux et une augmentation notable dans la quantité du liquide amniotique.

Le fœtus, dont on n'entendait plus les battements cardiaques, était très mobile, la tête dans une des fosses iliaques. Il y avait des contrac-

tions utérines, et le travail était commencé. Par le toucher, on trouvait le col effacé, dilaté comme une pièce de 1 franc ; dans l'orifice, le doigt sentait des cotylédons placentaires le recouvrant de toutes parts. Une nouvelle hémorrhagie se produisit pendant qu'on pratiquait cet examen ; on l'arrêta par le *tamponnement* : il était alors 3 heures du matin. A 10 heures, M. Maygrier retire le tampon : la dilatation était de la grandeur d'une pièce de 5 francs. Une hémorrhagie survient dans la soirée, qui oblige à refaire le *tamponnement*. La nuit se passa sans incidents.

L'état général se releva. Le 1er novembre à la visite, à 10 heures, M. Maygrier enlève le second tampon, trouve le col complètement dilaté, et décide de faire la version. La partie fœtale est élevée. On donne du *chloroforme* à la patiente,

En introduisant la main dans le col, M. Maygrier trouve du tissu placentaire partout et, pour atteindre le bord du délivre, *est obligé de décoller* celui-ci dans une étendue de 3 *centimètres environ*.

Arrivé aux membranes, il les déchire, *un flot de liquide s'échappe* ; *à ce moment précis, la femme est prise de syncope* ; le pouls et la respiration s'arrêtent ; l'opérateur sent sous ses doigts l'*utérus* devenir *flasque*. Il extrait au plus vite l'enfant mort et l'arrière-faix pendant que l'on inverse le corps de la femme et qu'on pratique la respiration artificielle.

Mais tous les efforts pour la rappeler à la vie furent inutiles.

A l'autopsie, on trouva les organes exsangues, l'utérus mou et tout autour du col dilaté une large surface tomenteuse et violacée qui était le lieu d'insertion du placenta.

Observation XXVI (n° XI du mémoire de M. Démelin). (Résumée). — Hôpital de la Pitié. — Service de M. Maygrier. — *Insertion centrale*, — *Hémorrhagies de la grossesse*. — *Femme très anémiée*. — *Tampon*. — *Perforation du placenta à dilatation d'une paume de main*. — *Syncope*. — *Application du forceps*. — *Délivrance artificielle*. — *Enfant mort*. — *Mère guérie*.

La nommée V..., 34 ans, V pare, enceinte de 7 mois, entre à la Pitié le 11 avril 1891, dans la soirée.

Il y a dix semaines elle a été prise subitement, la nuit, pendant son sommeil, d'une abondante métrorrhagie qui a duré 2 heures et s'est arrêtée spontanément sous l'influence du repos. Le 11 avril au matin, nouvelle perte plus abondante encore que la première. La malade se présente dans un état de faiblesse extrême avec des vertiges, de la céphalée et une grande tendance à la syncope.

Bruits du cœur fœtal perçus à gauche.

Col encore long, mais entr'ouvert. Segment inférieur épaissi donnant au toucher la sensation d'une éponge et à travers lequel on peut sentir une partie fœtale très mobile. *Tamponnement* vaginal.

Le lendemain matin à 11 heures, abolition complète des bruits du cœur.

M. Maygrier enlève le tampon et trouve le col dilaté comme une paume de main, et une tumeur mollasse et irrégulière occupant tout l'orifice. Il perfore ce placenta à l'aide d'un perce-membrane. Il s'écoule brusquement une grande quantité de liquide amniotique.

A ce moment, *accès syncopal.* A midi 1/2, la dilatation est complète et le sommet s'engage. Les contractions utérines étant impuissantes à poursuivre l'expulsion, M. Maygrier fait une application de forceps et extrait un enfant mort.

Délivrance artificielle.

La femme rétablie quitte l'hôpital le 1er mai, en bonne santé.

Observation XXVII (n° VIII du mémoire de M. Démelin rapportée par M. Budin). — *Insertion centrale. — Hémorrhagie du travail. — Tampon. — Perforation du placenta. — Délivrance artificielle. — Enfant mort. — Mère guérie.*

En 1878, j'ai été appelé par le Dr Dumontporcelet pour voir avec lui la dame B..., qui se trouvait dans un *état très grave.* Elle était en travail et avait perdu une quantité considérable de sang. En l'examinant, mon confrère avait trouvé, au toucher, l'orifice recouvert par le placenta et, en présence de l'hémorrhagie inquiétante, il avait en toute hâte fait un *tamponnement* vaginal aussi serré que possible.

Quand je vis Mme B.. ., les contractions utérines se succédaient toutes les cinq minutes, le tampon n'était pas imbibé de sang et la

femme ne faisait aucun effort. Au palper, on constate que l'enfant se présente par le sommet,

A l'auscultation, on n'entendait aucun bruit du cœur fœtal. Dans ces conditions, il n'y avait qu'à attendre et nous primes rendez-vous pour cinq heures plus tard vers la fin de la journée.

Il y avait alors persistance des douleurs et efforts d'expulsion. Le tampon fut enlevé : la dilatation était complète. Je cherchai à pénétrer dans la cavité utérine. Pour cela, je m'efforçai en allant aussi loin que possible, en avant, en arrière et sur les côtés, à trouver les membranes, je n'y parvins pas, je perforai alors le placenta avec l'index.

L'amnios était déchiré, le liquide s'écoula ; mais quand je voulu faire pénétrer le médius à côté du premier doigt, *je fus arrêté par un gros vaisseau* qui s'était placé dans le sillon des deux doigts, empêchant la main d'entrer plus profondément. Je dus retirer le médius et le glisser immédiatement le long de l'index ; je pénétrai de la sorte dans la cavité de l'œuf, saisis les pieds, fis la version et l'extraction. Le placenta suivit immédiatement le fœtus. En l'examinant, on vit qu'on avait traversé le centre de l'organe. Enfant mort-né. Guérison de la mère.

Observation XXVIII (n° XL, du mémoire de M. Démelin. Résumée). Hôpital de la Charité. — Service de M. Budin. — *Insertion centrale. – Hémorrhagies répétées. — Tampon. — Perforation du placenta à dilatation complète.— Extraction. — Enfant mort. — Mère guérie.*

La nommée X..., 32 ans, enceinte pour la 4e fois, à 6 mois 1/2 de grossesse, entre à la maternité de la Charité, le 2 avril 1892 à minuit.

La grossesse a été normale jusque vers les premiers jours de mai, époque à laquelle la femme fit une chute. Deux heures après légère hémorrhagie.

Depuis, elle a eu de petites pertes quotidiennes.

Le 29 mars, au matin, se rendant à son travail, elle s'est sentie mouillée dans la rue et s'est aperçue qu'elle perdait du sang par les taches qu'elle laissait sur son chemin. L'écoulement dura 1/2 heure, assez copieux. Une sage-femme appelée dit que la malade accoucherait vers 4 heures de l'après-midi, et voyant que celle-ci ne perdait plus, s'en alla. Rassurée, la femme ne garda pas le lit ; le lendemain 30, elle

s'est levée comme à l'habitude et a perdu de nouveau du sang en abondance. Le 31 au matin, perte d'une durée d'une heure. La femme resta encore debout et le soir même, vers 5 heures, survint un nouvel écoulement en quantité suffisante pour remplir à moitié un vase de nuit. Le 1er avril au matin, nouvelle perte : la femme se met au lit pour se lever l'après-midi quand celle-ci a cessé. Au bout d'une heure, le sang coule de nouveau. Le 2 au matin, la femme veut se lever encore, mais à peine a-t-elle posé le pied à terre qu'elle est prise d'une hémorrhagie considérable. Elle se décide à entrer à l'hôpital.

A son arrivée, elle est dans un état d'anémie profonde, le teint pâle, les lèvres décolorées, le pouls filiforme.

On constate que l'utérus remonte à 3 doigts au-dessus de l'ombilic. le fœtus étant placé transversalement en présentation de l'épaule, tête dans la fosse iliaque droite et dos en arrière. Les bruits du cœur sont irréguliers. Au toucher, le vagin est rempli de caillots, l'excavation vide, le col long et perméable à ses deux orifices. Le doigt ne sent que des cotylédons placentaires.

Aussitôt les caillots sortis, la perte, alors peu intense, augmente et la femme perd en quelques instants 500 grammes de sang.

M. Budin, prévenu, conseille d'avoir recours au *tampon*.

Celui-ci est pratiqué à 1 heure du matin le 3 avril, après que le siège a été ramené en bas par manœuvres externes. Menaces de syncope. Injections d'éther. On prépare un second tampon pour le cas où son application deviendrait nécessaire mais celui qui est en place se maintient sec.

A 4 heures, le pouls est redevenu bon, l'état général s'est amélioré, les douleurs sont devenues plus fréquentes, mais les battements du cœur fœtal ont cessé.

A 6 heures, M. Budin retire le tampon ; il trouve une dilatation presque complète et ne sent partout que des cotylédons. A l'aide du perce-membranes, il perfore le placenta ; il introduit l'index gauche dans l'ouverture pratiquée à l'œuf et sent le *cordon immédiatement à côté de la perforation* : avec ses doigts, il agrandit peu à peu la déchirure en la dirigeant de façon à éviter cet organe. Le liquide amniotique s'écoule brunâtre ; l'opérateur saisit un pied et fait facilement l'extrac-

tion. Le fœtus naît coiffé de son placenta. Il pèse 1450 grammes et est mort. Les membranes sont complètes ; l'insertion du cordon est centrale comme la perforation.

La femme ne perdit plus après sa délivrance. Les suites de couches furent normales. Elle quitta l'hôpital huit jours après.

Observation XXIX (Clinique de la rue d'Assas). — *Insertion latérale. — Rupture spontanée des membranes à dilatation complète. — Grossesse et accouchement naturel à terme sans hémorrhagie. — Guérison de la mère. — Enfant vivant.*

Rose A.... âgée de 34 ans, à terme. Sa grossesse a été normale. Elle a éprouvé les premières douleurs le 24 septembre à 5 heures du soir. A dix heures, elle était admise à la clinique avec un travail franchement déclaré et une présentation du sommet en O.I.G.A. peu engagée. Toute la nuit, les contractions utérines se sont succédées, de plus en plus rapprochées et énergiques. Le 25, à 8 heures du matin, la dilatation était égale à une pièce de 5 francs ; les bords de l'orifice dirigé en arrière sont souples, les membranes intactes et *très rugueuses*, et, comme un mince filet de sang coule des organes génitaux, on songe à une insertion vicieuse du placenta. Le cul-de-sac antérieur présente son épaisseur et sa souplesse normales, le postérieur est épaissi et mollasse.

A 9 h. 1/2, la dilatation est de la grandeur d'une paume de main : on sent alors que les membranes sont surtout très rugueuses en arrière.

A 10 h. 15, on ne sent plus la lèvre postérieure du col.

A 11 heures, la dilatation est complète et les membranes se rompent spontanément : la partie fœtale descend dans l'excavation coiffée pour ainsi dire par la partie antérieure du segment inférieur..

Les contractions utérines se succèdent très énergiques, la tête descend sur le périnée ; on favorise la rotation lente à se faire et l'accouchement se termine à 11 h. 25.

Le travail avait duré 18 h. 30.

L'enfant crie aussitôt : c'est un garçon bien conformé qui pèse 3270 grammes.

La délivrance naturelle et complète a lieu 20 minutes après.

Le placenta pèse 520 grammes ; l'examen de l'arrière-faix confirme le diagnostic d'insertion latérale, puisque la déchirure des membranes, qui ne présentent que l'orifice nécessaire au passage du fœtus, commence à 1 centimètre du bord du placenta.

Observation XXX (Clinique de la rue d'Assas). — *Insertion marginale. — Hémorrhagie de la grossesse. — Perte légère au moment du travail. — Rupture artificielle des membranes à dilatation complète. — Accouchement spontané. — Enfant vivant, mère guérie.*

Louise P..., enceinte pour la 7e fois, est arrivée sans encombre au terme de sa grossesse.

Le 12 novembre 1892, à 6 heures du matin, elle est prise d'une hémorrhagie subite, abondante, au moment où elle se levait pour uriner. Sans perdre de temps, elle se fait conduire à la clinique.

A l'examen, on trouve l'utérus normalement développé, l'extrémité céphalique mobile dans la fosse iliaque droite, le siège en haut et à gauche. L'enfant est vivant. Par le toucher, on atteint difficilement la partie fœtale élevée ; le col, encore long, est perméable à ses 2 orifices. En appuyant sur la tête à travers la paroi abdominale, on l'amène bien sous le doigt explorateur placé dans le col, qui sent en même temps un relief épais, mollasse, donnant tout à fait la sensation d'un rebord placentaire occupant la partie postérieure gauche du segment inférieur, plus épais sur ce point. On a donc affaire à une *insertion marginale.* La perte s'est arrêtée spontanément par le repos.

Le 17 novembre à 10 heures 1/2 du soir, la femme éprouve les premières douleurs.

Le 18, à 2 heures du matin, un mince filet de sang sort par la vulve ; comme la dilatation est à peu près complète, on rompt les membranes et l'accouchement se termine 25 minutes après sans le moindre incident : le travail avait duré 5 heures. La délivrance naturelle se fit un quart d'heure après, mais à ce moment la femme a perdu 300 grammes de sang. L'enfant, une fille, est vivant et du poids de 2920 grammes.

A l'examen de l'arrière-faix, qui pèse 460 grammes, on voit que les

membranes sont complètes et qu'elles ont été rompues sur le bord même du placenta, et qu'il y avait de plus insertion vélamenteuse du cordon.

La mère et l'enfant quittaient la clinique le 27 novembre, en parfait état.

CONCLUSIONS

L'insertion vicieuse du placenta, par les hémorrhagies graves et presque inévitables qui lui sont liées, est une des plus redoutables complications de la grossesse.

Quelle que soit la pathogénie qu'on invoque pour expliquer le mécanisme de la production de ces hémorrhagies, il y a urgence à les faire cesser et à essayer d'en éviter le retour, car elles menacent l'existence de la mère et compromettent celle du fœtus.

Parmi les diverses méthodes proposées dans ce but, le tampon vaginal qui s'adresse à l'hémorrhagie elle-même, est d'un emploi aussi rationnel que les autres méthodes dont quelques-unes reposent sur de simples hypothèses.

Il offre sur elles l'avantage d'être toujours praticable.

Il a fait ses preuves.

Bien préparé, bien appliqué et parfaitement aseptique, le tampon n'est passible d'aucun accident grave, et les faits eux-mêmes répondent aux reproches qu'on lui a adressés.

Il est, pendant la grossesse, le procédé de choix pour le traitement de l'hémorrhagie. Au début et au cours du travail, il est encore le moyen le plus sûr, car il excite les contractions utérines et dilate le col tout en opposant une barrière à peu près infranchissable au cours du sang. Il permet ainsi d'attendre que la dilatation soit suffisante pour terminer l'accouchement.

Dans la variété d'insertion totale, dans les cas de bassins rétrécis, et dans certains cas de présentation vicieuse n'ayant pu être corrigée, il est souvent seul efficace et seul praticable.

Ses indications sont donc multiples et méritent d'être élargies plutôt que restreintes.

Il donne des résultats aussi favorables qu'aucune autre méthode.

Il est donc une arme qu'il ne faut pas briser mais dont il faut au contraire apprendre, si possible à se mieux servir.

BIBLIOGRAPHIE

Ahlfeld. — Demonstration eines uterus mit placenta prævia Verhandlungen der deutschen. *Gesellsh. f. Gyn.*, Zweiter Kongress, 1888.

Auvard. — *De la conduite à tenir dans les cas de placenta prævia*, thèse d'agrégation, Paris, 1886.

Bailly. — *Bulletin de thérapeutique*, 1876, t. XCI.

Barnes (Robert). — *Lectures of obstetric operations, etc...* trad. par Cordes, Paris, 1873.

Baudelocque. — *Art des accouchements*, Paris, 1822.

— *Traité des hémorrhagies de l'utérus*, Paris, 1831.

Bertrand. — *Du tampon vaginal antiseptique dans le traitement des hémorrhagies par insertion vicieuse*, thèse Doctorat, Paris, 1893.

Bitot. — *Contribution à l'étude du mécanisme et du traitement de l'hémorrhagie liée à l'insertion vicieuse du placenta*, thèse Doctorat, Paris, 1880.

Boivin (Mme). — *Mémorial de l'art des accouchements*, 4e édit., Paris, 1844.

Braxton-Hicks. — On combined external and internal version. *Trans. of the obst. soc. of London*, 1863.

Budin. — Hémorrhagies causées par la rupture du sinus circulaire, *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1893, t. XL.

Cazeaux. — *De l'hémorrhagie tocique*, thèse Doctorat, Paris, 1835.

— *Traité d'accouchements*, revu par Tarnier, 1867.

Chantreuil. — *Cliniques obstétricales de Simpson*, (traduction), 1874.

— Hémorrhagies par insertion vicieuse du placenta, *France médicale*, Paris, 1879.

Charpentier. — Leçons sur les hémorrhagies, puerpérales, *Archives de tocologie*, Paris, 1874.

Chassagny. — Double ballon hémostatique, *France médicale*, Paris, 1879.

— *Appareil élytro-ptérigoïde*, Paris, 1882.

Cohen. — *Monast. f. Geb.*, X, 1855.

Démelin. — De l'insertion vicieuse du placenta dite complète, *Ann. de gyn. et d'obst.*, XL, 1893.

— *Le placenta prævia total* (mémoire sous presse).

Depaul. — Mémoire sur les hémorrhagies qui tiennent à l'insertion du placenta sur le segment inférieur, *Mémoires de l'Acad. de médecine*, 1852.
— *Leçons de clinique obstétricale*, Paris, 1872-1876.
Duncan-Stewart. — *Traité sur les hémorrhagies utérines*, Londres, 1816, trad. par Mme Boivin, 1818.
Deventer. — *Observations importantes sur le manuel des accouchements*, 1734.
Dionis. — *Traité d'accouchements*, 1718.
Dubois. — *Gazette des hôpitaux*, 1838, 41, 54, 57.
Duncan (Matthews). — *Sur le mécanisme de l'acc. et recherches sur l'insertion vicieuse du placenta*, trad. par P. Budin, Paris, 1876.
Dylion (Mlle). — *De l'insertion vicieuse du placenta* (*Essai de clinique thérapeutique*, thèse Doctorat, Paris, 1890.
Gardien. — *Traité complet d'acc.*, etc... 3e édit., Paris, 1824.
Gendrin. — *Traité philosophique de médecine pratique*, Paris, 1839.
Greenhalgh. — *Sur le traitement du placenta prævia*, Londres, 1865.
Gueniot. — *Leçons faites à l'hôpital des cliniques*, 1873.
Guillemeau. — *L'heureux accouchement des femmes*, Paris, 1609.
Hofmeier. — *Die menschliche Placenta*, Wiesbaden, 1890.
Jacquemier. — *Manuel des acc. et des maladies des femmes grosses et accouchées*, Paris, 1846.
Jouve. — *Nouveau traitement des hémorrhagies par insertion vicieuse du placenta*, Paris, thèse Doctorat, 1892.
King. — Statistics of placenta prævia, *The Amer. J. of obst.* 1880.
Klotz. — Dangers du tamponnement, *Centrablatt fur Gyn.*, 1890.
Kristeller. — Sur le placenta prævia, *Monats. f. Geb.*, 1865.
Lachapelle (Mme). — *Pratique des accouchements*, etc., Paris, 1825.
Laskine. — *Essai sur la version bipolaire*, thèse Doctorat, Paris, 1890.
Leroux. — *Obs. sur les pertes de sang des femmes en couches*, Dijon, 1810.
Levret. — *L'art des accouchements etc.*, Paris, 1776.
Lomer. — On combined turning in the treat. of placenta prævia. *Amer. J. of obst.*, 1884.
Mauriceau. — *Traité des maladies des femmes grosses et accouchées*, 6e édit., Paris, 1821.
Maygrier. — *Leçons de clinique obstétricale*, Paris, 1893.
Maggiar. — *Fréquence de l'insertion vicieuse*, thèse de Paris, 1895.
Moreau. — *Traité des accouchements*, Paris, 1831.
Muller. — *Placenta prævia*, thèse de Stuttgard, 1877.
Murphy. — *The treat. of placenta prævia*, Newcastle, 1885.
Nordman. — Zur Statistik und therapie der placenta prævia, *Arch. f. Gyn.* 1888.

Obermann. Ein Beitrag zur Behandlung der Placenta prævia, *Ibid.*
Pajot. — Insertion vicieuse du placenta, *Ann. de gyn.*, 1884.
Pandelle. — *De l'hémorrhagie du placenta prævia avec fœtus mort et macéré*, thèse Doctorat, Paris, 1889.
Payrau. — *De la rupture artif. des membranes dans les hémorrhagies par insertion vicieuse*, thèse Doctorat, Paris, 1894.
Peu. — *Pratique des accouchements*, 1694.
Pinard. — De la rupture prématurée dite spontanée des membranes de l'œuf humain, *Ann. de gyn.*, 1886.
— Leçons cliniques sur le traitement de l'insertion vicieuse du placenta, *Echo médical*, 1888.
— Leçons faites à la clinique Baudelocque, *Union médicale*, 1890. *Bulletin médical*, 1894.
Pluyette. — *Aperçu historique sur l'insertion vicieuse du placenta*, thèse de Doctorat, Paris, 1883.
Polaillon. — *Société de chirurgie*, 1882.
Puzos. — *Mémoire sur les pertes de sang* etc... et *Traité des accouchements*, Paris, 1759.
Rigby. — *Nouveau traité sur les hémorrhagies utérines*, trad. par Mme Boivin, 1818.
Ritgen. — Sur le placenta prævia, *British médical Journal*, 1862.
Ribemond-Dessaignes et Lepage. — *Précis d'obstétrique*, Paris, 1894.
Schrœder. — Ueber die Beidentung des Blasensprunges bei Placenta prævia lateralis. *Zeitsch f. Geb. und Gyn.* Bd. I, 1877.
Seyfert. — Der aufsitzende Nuttertruchen und seine Behandlung, *Prager Viert*, 1852, t. III.
Simpson. — Sur le placenta prævia, *Edimb. med. J.*, 1862, and the Lancet, 1866.
Smellie. — *Traité de la théorie et pratique des acc.*, 1754. Trad. par de Préville.
Tarnier et Chantreuil. — *Traité de l'art des accouchements*, t. I, Paris, 1882.
Tarnier. — *De l'antisepsie et de l'asepsie en obstétrique*, Paris, 1894.
Velpeau. — *Traité complet de l'art des acc. ou tocologie théorique et pratique*, 2e édit., Paris, 1835.
Wigand. — *Ueber die Wendungdurch ausere Handgriffenach*, *J.* 1812.
Wyder. — Statistique de 107 cas de placenta prævia, traités par la méthode de Puzos, *Corresp. Blatt.*, 25 juillet 1890.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot. — J. Thevenot, successeur, St-Dizier (Hte-Marne).